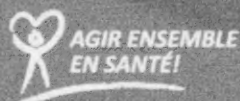




# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Centre de santé et de services sociaux  
des Basques



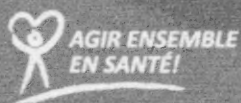
# 2013-2014





# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Centre de santé et de services sociaux  
des Basques



# 2013-2014

**CSSS DES BASQUES**

550, rue Notre-Dame Est  
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0  
Téléphone : 418.851.1111  
Télécopieur : 418.851.2934  
[www.csssbasques.qc.ca](http://www.csssbasques.qc.ca)

**Adopté par le conseil d'administration**

Le 12 juin 2014

**Production**

Rédaction : Line Moisan et l'équipe de gestionnaires  
Mise en page du rapport : Katleen Hélie  
Conception graphique de la page couverture : Serge Gagnon  
Révision : Line Moisan, Lina Barrette, Katleen Hélie

**Édition**

© Centre de santé et de services sociaux des Basques, 2014.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse : [www.csssbasques.qc.ca](http://www.csssbasques.qc.ca)

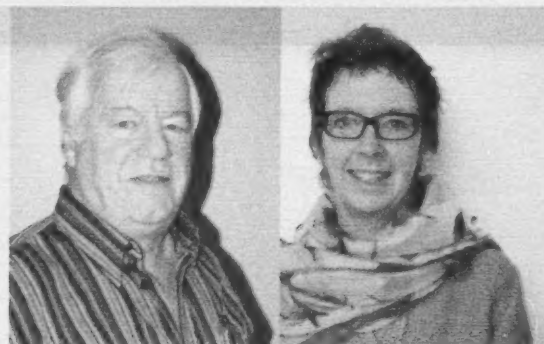
La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	5
MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE .....	6
LETTRE AU MINISTRE .....	9
DÉCLARATION DE FIABILITÉ .....	10
CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS .....	11
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	13
LE CSSS DES BASQUES EN UN COUP D'ŒIL .....	15
ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2013 .....	16
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES .....	17
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS EXTERNES .....	28
RAPPORT DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....	48
RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR .....	49
RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION .....	50
RAPPORT DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES .....	51
RAPPORT DU COMITÉ DES USAGERS .....	52
RAPPORT DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE .....	54
RAPPORT DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS .....	55
RAPPORT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE .....	57
RAPPORT DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE .....	60
RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL .....	61
RAPPORT DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ .....	63
RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS .....	66
RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES .....	68
RAPPORT DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE .....	70
RAPPORT DE LA FONDATION DU RSSS DES BASQUES .....	72
CAPITAL HUMAIN – CSSS DES BASQUES .....	73
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS .....	74
ANNEXES .....	90

# MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE



## UNE ANNÉE DE DÉFIS ET DE RECONNAISSANCE

Les membres du conseil d'administration et l'équipe de gestionnaires du CSSS des Basques présentent avec beaucoup de fierté un bilan fort positif de l'année 2013-2014.

Sous l'impulsion donnée par sa planification stratégique 2010-2015, le CSSS des Basques a réalisé plusieurs projets pour le mieux-être des usagers et de la population. Ainsi, ce rapport annuel rend compte des principales réalisations qui ont vu le jour grâce à l'engagement et à la mobilisation des membres de notre personnel, de nos gestionnaires, de notre équipe médicale et de nos dévoués bénévoles. Les excellents résultats obtenus dans l'atteinte des cibles de services et d'équilibre budgétaire qui nous ont été signifiées par l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent font certainement la démonstration de l'adhésion de tous envers l'amélioration des soins et des services dans chacun des axes de notre mission.

L'année 2013-2014 s'est révélée riche en occasions de dépassement pour le Centre de santé et de services sociaux des Basques. Le défi de tous les jours consistait à maintenir l'équilibre budgétaire malgré les nombreuses contraintes attribuables au contexte financier de la province.

Nous sommes fiers d'avoir obtenu notre statut d'établissement agréé par Agrément Canada, signe que nos efforts d'amélioration continue portent leurs fruits et se traduisent par de meilleurs services à nos usagers de la belle région des Basques.

## LE LEAN MANAGEMENT : UNE AFFAIRE DE CULTURE AU CSSS DES BASQUES

Après une formation de 80 heures réparties sur plusieurs mois, trois médecins et six gestionnaires ont reçu leur ceinture verte. Ils sont capables d'utiliser les principes du Lean Management. Grâce à eux, ils sont désormais en mesure non seulement d'éliminer les activités sans valeur ajoutée, de générer la capacité de faire la chasse au gaspillage et aux pertes de temps et aussi de stabiliser les processus en cours. Ils sont les porteurs de



la culture d'amélioration continue de la qualité.

Comme la progression de notre CSSS repose sur sa capacité à s'adapter rapidement par son aptitude à innover, nous avons profité de l'année pour conduire cinq kaizens notamment sur l'omission des médicaments, les chutes, les maladies chroniques, la buanderie et l'entrepôt à l'urgence. Le dynamisme dont nous avons fait preuve devrait nous permettre de proposer une offre de services mieux adaptée aux besoins des usagers.

Le Centre de santé et de services sociaux des Basques supporte de telles initiatives, en 2012, une gestionnaire a complété avec succès un diplôme d'études supérieures de l'Université du Québec à Trois-Rivières en Lean management qui lui a valu une ceinture verte.

Le CSSS des Basques a d'ailleurs participé à une évaluation menée par le Pôle santé de HEC Montréal et de la Chaire IRISSS de l'UQTR. Neuf établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont participé à cette étude de validation de l'outil de maturité Lean qui pourra être appliqué à tout le réseau panquébécois. Le CSSS des Basques souhaite devenir une référence dans l'application du modèle Lean Management.

#### SERVICES À DOMICILE PLUS ACCESSIBLES

En cours d'année, le CSSS des Basques a continué dans la voie de l'amélioration de ses services en soutien à l'autonomie des personnes âgées. C'était là une volonté claire du conseil d'administration. À force d'initiatives et d'efforts concertés, et en comparaison avec l'année de référence de 2010, ce sont 2 055 heures de plus que le CSSS des Basques alloue à ce service.

#### PROJET D'INTÉGRATION DES ÉQUIPES EN FAMILLE, ENFANCE ET JEUNESSE

Dans un contexte d'innovation visant la recherche de performance et de petits volumes de clientèle, le Centre jeunesse du Bas-St-Laurent et le CSSS des Basques ont développé conjointement un projet d'intégration des équipes famille, enfance et jeunesse pour le territoire des Basques.

Conformément aux meilleures pratiques cliniques et de gestion, les deux organisations visent à initier la mise en œuvre d'un nouveau modèle de prestation de services sous la forme d'un projet d'intégration s'échelonnant sur une période exploratoire de deux ans.

C'est dans ce contexte que le CSSS des Basques confie la prestation de services de première ligne et la gestion de l'ensemble de ses ressources agissant auprès des familles, enfants et jeunes au Centre jeunesse du Bas-St-Laurent.

#### MISSION D'ENSEIGNEMENT EN PLEINE EXPANSION

L'unité de médecine familiale (UMF) continue de déployer ses stratégies d'attrait et ses alliances. Alors que l'UMF fonctionnait à 50 % de capacité il y a quelques années, nous avons encore maintenu le niveau d'achalandage à près de 90 % en 2013-2014. La clientèle est constituée de médecins résidents provenant de l'université Laval dont nous sommes responsables pour des durées variant de 2 mois à 24 mois et des externes provenant de Québec et de Rimouski. En 2013-2014, l'UMF a formé 10 résidents et 7 externes pour un total de 2 558 jours de stage.

## QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Parmi les événements positifs de l'année ressort la confirmation de l'agrément du CSSS des Basques par Agrément Canada et le Conseil québécois d'Agrément en décembre 2013. Un taux d'atteinte de près de 90 % aux pratiques organisationnelles requises. Cette reconnaissance confirme la volonté du CSSS des Basques d'offrir des soins et des services sécuritaires et de grande qualité.

Une campagne d'information sur l'hygiène des mains a permis au CSSS des Basques de non seulement sensibiliser le personnel, mais également les entreprises de la région, la Commission scolaire et la population en général. C'est sous le slogan « Laver, laver, laver » qu'un matériel promotionnel a été élaboré et distribué. Un audit qualité a été réalisé. Notons que le CSSS des Basques a connu une courte période d'éclosion de gastroentérite, mais en raison de ses bonnes pratiques en hygiène des mains, il a été possible de circonscrire cette période d'éclosion très efficacement.

## VIRAGE EN PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ : VIEILLIR EN SANTÉ

Un grand défi pour les années à venir est celui de se préoccuper de la réduction des problèmes à la source relevant davantage de l'action sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux que sur le système de santé en soi. Il s'agit donc de produire de la santé... Le « guérir » et le « soutenir » dans la fin de vie prennent de moins en moins de place dans le continuum de la santé offert à la population.

Le CSSS des Basques a répondu par l'affirmative et collabore étroitement avec l'IPCDC (Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences) et s'est appliqué à bien comprendre tout le sens et la portée de la responsabilité populationnelle. Un plan d'action est présentement en élaboration et sera déposé en juin 2014.

## UNE ÉQUIPE ESSENTIELLE À NOTRE RÉUSSITE

Il faut des stratégies bien ciblées et un grand désir d'amélioration pour réaliser ce que nous avons fait en 2013-2014. Il faut surtout une équipe solide et compétente dans laquelle tous les membres poussent vers la même direction.

Nous voulons remercier chaleureusement les gestionnaires, les médecins et les employés qui nous ont soutenus dans l'atteinte de nos objectifs et qui, malgré quelques soubresauts, nous ont aidés à traverser l'année avec confiance et sérénité. Nous pouvons croire en notre capacité à relever beaucoup d'autres défis.

Nos remerciements s'adressent également aux bénévoles pour leur dévouement auprès des usagers et des résidents, à notre Fondation pour son appui indéfectible ainsi qu'aux organismes communautaires et ressources privées pour leur compréhension véritable du mot partenariat. Un merci sincère au comité des usagers pour la voix du client qu'il exprime à travers ses actions. Tous, à leur façon, ont contribué à l'amélioration des soins et des services auprès de la clientèle. C'est là notre unique raison d'être.

# LETTRE AU MINISTRE

Le 12 juin 2014

Docteur Gaétan Barrette  
Ministre  
Ministère de la Santé et des Services  
sociaux du Québec  
Édifice Catherine-de-Longpré  
1075, chemin Sainte-Foy, 15<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

## Objet : Rapport annuel de gestion 2013-2014

Monsieur le ministre,

En ma qualité de président du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques, il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel des activités de notre établissement pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2014.

L'actuel document reflète fidèlement l'ensemble des activités du Centre de santé et de services sociaux des Basques pour l'exercice écoulé.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le président du conseil d'administration,



Réal Mc Nicoll

# DÉCLARATION DE FIABILITÉ

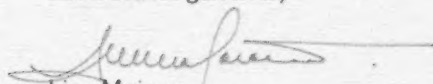
À titre de directrice générale du CSSS des Basques, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents qui y sont présentés.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du CSSS des Basques :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats
- présentent des données exactes et fiables

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présente au 31 mars 2014.

La directrice générale,



Line Moisan

# CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

## MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### COLLÈGE ÉLECTORAL : POPULATION

Monsieur Alain BÉLANGER  
Madame Lise BÉLANGER

### COLLÈGE DE DÉSIGNATION : FONDATION

Monsieur Raoul RIOUX

### COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Docteure Annie CHARBONNEAU

### COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Madame Diane LEPAGE

### COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Madame Andrée MICHAUD

### COLLÈGE DE DÉSIGNATION : PERSONNEL NON CLINIQUE

Monsieur Simon LÉVESQUE

### COLLÈGE DE DÉSIGNATION : COMITÉ DES USAGERS

Monsieur Jean-Pierre APRIL

### NOMINATIONS PAR L'AGENCE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Madame Suzette OUELLET, vice-présidente  
Monsieur Pierre TREMBLAY

### COOPTATION

Monsieur Réal MC NICOLL, président  
Monsieur Aubin LARRIVÉE  
Madame Johanne BÉLANGER  
Madame Julie BOUCHER  
Madame Thérèse MORISSETTE  
Monsieur Clément OUELLET  
Madame Nicole SIROIS

~ Durant l'année 2013-2014, le conseil a révisé le code d'éthique et de déontologie et le règlement de régie interne du comité de vérification

~ Il a aussi adopté le règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique et mis à jour multiples politiques internes

#### COMITÉ DE VÉRIFICATION

Monsieur Jean-Pierre APRIL  
Monsieur Réal MC NICOLL  
Monsieur Pierre TREMBLAY

#### COMITÉ D'APPRÉCIATION DE LA CONTRIBUTION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Monsieur Réal MC NICOLL  
Madame Suzette OUELLET  
Madame Nicole SIROIS

#### COMITÉ DE RÉVISION

Madame Julie BOUCHER, présidente  
Docteure Danielle CADRIN  
Docteure Céline BORDELEAU  
Docteur Éric LAVOIE, substitut

#### COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Monsieur Réal MC NICOLL  
Madame Suzette OUELLET  
Madame Johanne BÉLANGER

#### COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Madame Nicole SIROIS  
Madame Lise BÉLANGER  
Monsieur Alain BÉLANGER

#### GESTIONNAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Madame Line MOISAN, directrice générale  
Docteur Simon DELISLE, directeur des services professionnels  
Madame Élisabeth LAVOIE, directrice des services communautaires  
Monsieur Denis RHEAULT, directeur aux ressources matérielles, financières, techniques et informationnelles  
Madame Sarah LEBEL, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel  
Madame Brigitte LEGAULT, directrice des soins infirmiers par intérim  
Madame Pascale RIOUX, chef du service des ressources financières  
Monsieur Marco DESROSIERS, chef en santé physique  
Madame Mélanie THIVIERGE, conseillère en évaluation de la qualité des soins, jusqu'à décembre 2012  
Madame Annie THIBAUT, conseillère-cadre en soins infirmiers, décembre 2012  
Madame Andrée MICHAUD, chef de service continuum SAPA  
Madame Julie PELLETIER, conseillère en relations de travail  
Monsieur Patrice LABROSSE, conseiller en santé et sécurité au travail

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

## MISSION

Le Centre de santé et de services sociaux des Basques offre des services intégrés, sécuritaires et de qualité visant à promouvoir, à maintenir, à améliorer et à rétablir la santé et le bien-être de la population de même que l'accompagnement en fin de vie.

Par son écoute des besoins de sa population, le Centre de santé et de services sociaux des Basques définit son offre de services. Celle-ci se traduit par des services de santé et de services sociaux de première ligne, accessibles, continus et personnalisés.

Afin de réaliser sa mission, le Centre de santé et de services sociaux des Basques :

- ◆ Agit en interdisciplinarité et coordonne, avec les partenaires, la continuité des services en y associant les usagers des services et la population
- ◆ Supporte le développement des milieux de vie et assure une proximité des services
- ◆ Soutient des activités d'enseignement et de recherche en collaboration avec l'Université Laval notamment avec l'Unité de médecine familiale (UMF) et le Groupe de médecine de famille (GMF).



## VISION

Tenant compte des besoins d'une population vieillissante qui réside sur le territoire des Basques, le Centre de santé et de services sociaux des Basques entend être une organisation avant-gardiste qui contribue, avec l'ensemble de ses partenaires, à une approche préventive intégrée tout en offrant des services de santé et des services sociaux adaptés, accessibles, continus et de qualité.

D'ici 2015, le Centre de santé et de services sociaux des Basques s'appuiera sur l'engagement, les pratiques novatrices et l'entraide entre le personnel, les gestionnaires, les médecins et les bénévoles pour l'atteinte d'une meilleure santé et du mieux-être de la population.

## VALEURS

Le Centre de santé des Basques a retenu quatre grandes valeurs à mettre en application dans ses relations tant avec la population, les usagers, les partenaires qu'au sein de l'organisation. Ces quatre grandes valeurs qui sont le *respect*, l'*interdisciplinarité*, la *compétence* et le *plaisir au travail* sont chapeautées par un élément crucial dans la prestation des services : la qualité.

La qualité pouvant sommairement être définie comme étant le bon service, au bon usager, par le bon intervenant, et ce, au meilleur coût possible.

## RESPECT

Se démontre par des attitudes, des comportements et des approches telles que l'ouverture, l'écoute, l'empathie et la disponibilité envers l'autre. Qu'il s'agisse des personnes ou des installations, il privilégie le savoir-être et la dignité de la personne.

## INTERDISCIPLINARITÉ

Développement d'une vision commune, le partage d'informations, de connaissances, d'expériences et le soutien mutuel.

## COMPÉTENCE

Maîtrise des savoirs notamment par l'acquisition des connaissances, le développement des habiletés et de bonnes attitudes, le recours aux données et aux pratiques probantes et finalement, la créativité. Elle incite les personnes et les équipes à se questionner, et ce, dans un souci de qualité, de rigueur et de satisfaction des besoins de la population.



## PLAISIR AU TRAVAIL

Implique une adéquation qui se transpose sur plusieurs éléments reliés à la philosophie de gestion des ressources humaines. Parce qu'on passe plusieurs heures par semaine dans notre milieu de travail, parce que notre travail occupe une part importante de nos activités, il est important pour maintenir notre équilibre, d'en retirer de la satisfaction et du plaisir. Il faut se souvenir que la satisfaction au travail entraîne bien souvent la satisfaction dans la vie personnelle!

# LE CSSS DES BASQUES EN UN COUP D'ŒIL

## TERRITOIRE DE LA MRC DES BASQUES

11 municipalités, population : 9 184 citoyens\*

## SIÈGE SOCIAL

550, rue Notre-Dame Est

Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0

## POINT DE SERVICE

20, rue de la Villa

Saint-Jean-de-Dieu (Québec) G0L 3M0

## POINT DE CHUTE

25, rue Saint-Pierre

Saint-Clément (Québec) G0L 2N0

## LITS DRESSÉS

Longue durée (Centre d'hébergement

CHSLD Trois-Pistoles : 58 lits)

## RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ

15 ressources privées d'hébergement pour un total de 260 places

14 places en ressources intermédiaires

## RESSOURCES HUMAINES

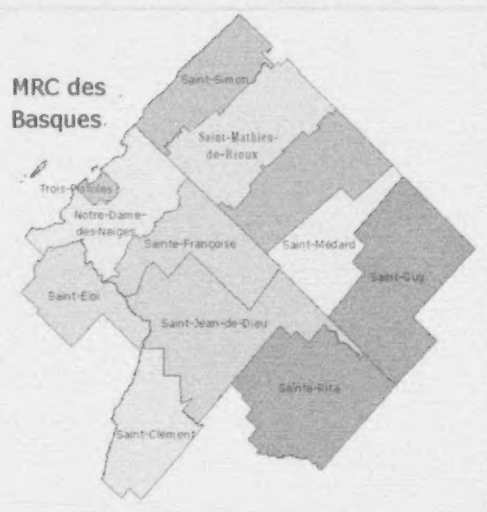
215 employés

15 membres actifs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

37 bénévoles

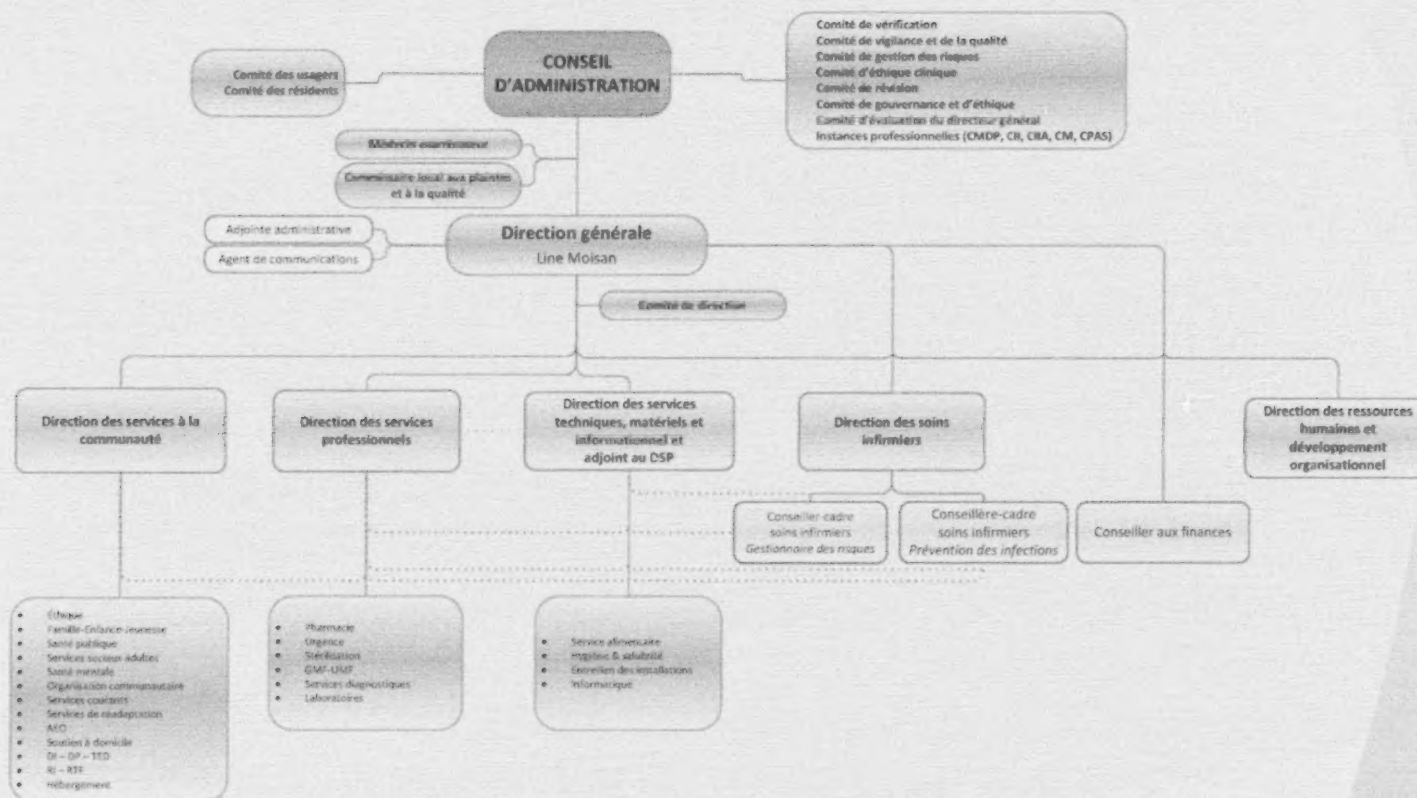
En réseau avec 84 partenaires du milieu communautaire, scolaire et municipal en plus de 8 bénévoles « Marche de la mémoire Basque » et 14 bénévoles « Campagne paniers de Noël » et « Collecte de jouets »

\*Source : Décret 1293-2013, 11 décembre 2013, Région 01 : Bas-Saint-Laurent, MRC et agglomérations ou municipalités locales exerçant certaines compétences de MRC, Direction de la géomatique et de la statistique, Affaires municipales, Régions et occupation du territoire



# ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2013

Centre de santé et de services sociaux  
des Basques



Adopté au conseil d'administration du  
20 novembre 2013.

# ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## ACTUALISER LES PROJETS CLINIQUES

### COSMOSS 0-100 ans

L'année 2013-2014 est marquée par une volonté de concertation et de réalisation de projets de collaboration nécessitant confiance et réciprocité. Les tables chantiers se sont dotées, tour à tour, d'un plan d'action réalisant des actions structurantes pour répondre aux besoins de la population de notre territoire.

Lors de l'assemblée des partenaires, la responsabilisation et l'action citoyenne sont nommées comme étant des enjeux importants que, tous ensemble, nous devons adresser pour pérenniser l'offre de services actuelle en santé et en services sociaux. Des travaux portant sur l'élaboration d'une politique sociale intégrée sont bien amorcés par le COSMOSS en vue de susciter un engagement et une mobilisation de la population du territoire des Basques.

### Plan d'action local en santé publique

Le conseil d'administration adoptait en début d'année 2013-2014, le plan d'action local en santé publique. L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent est venue supporter les initiatives par l'octroi d'un budget permettant l'ajout à nos effectifs d'une nutritionniste à raison de 3 jours par semaine et d'une kinésiologue à raison de 2 jours par semaine. Ces deux nouvelles ressources permettent enfin de prendre un véritable virage en promotion et en prévention sur tout le territoire. Elles ont réalisé beaucoup d'initiatives notamment la tenue d'un kiosque d'informations au marché public, plusieurs communications écrites dans différents médias, participation et animation de la campagne WIXX, mise en place du premier Défi 5-30 au CSSS des Basques. Ces ressources ont

également soutenu le travail intersectoriel et ont permis de mettre à profit leur expertise dans le domaine des saines habitudes de vie dans les projets suivants : *Vie active*; *À pied, à vélo, ma ville active*; révision de l'offre alimentaire à l'école secondaire de Trois-Pistoles, *École en santé*, participation à la *Boîte Fraîcheur* par de petites capsules écrites offrant notamment des recettes santé.

### Vivre et Vieillir en santé

À l'instar d'autres établissements au Québec, le CSSS des Basques est inscrit dans une démarche d'accompagnement de l'IPCDC (Initiative sur le partage des connaissances et le développement des connaissances) pour bien camper sa responsabilité populationnelle à l'intérieur de son réseau local de services. L'initiative *Vivre et Vieillir en santé* est juxtaposée au concept Écosociété qui a déjà cours sur notre territoire. L'objectif n'était pas de mettre en place une nouvelle structure de concertation, mais plutôt de faire émerger un concept intégrateur visant à produire la santé et à consolider notre image de marque *Agir ensemble en santé*.

La démarche de concertation des partenaires est réalisée à l'intérieur du groupe Écosociété qui rassemble les leaders socioéconomiques du territoire. C'est une tribune intéressante pour réfléchir sur le changement de la norme sociale apporté par le *Vivre et Vieillir en santé* en créant des milieux favorables où il fait bon vivre et la responsabilisation des individus en regard des saines habitudes de vie. L'année 2014-2015 se déroulera dans la foulée du lancement du *Vivre et Vieillir en santé* et du concept venant supporter cette initiative *Zone de bonheur, zone en santé*.

## OPTIMISER LES SERVICES ET LA PROGRAMMATION CLINIQUE

### Excellence du service des soins courants

Le rehaussement complet du programme de soins courants et de médecine de jour a été complété. Grâce à ce rehaussement, notre clientèle peut y recevoir plusieurs soins et traitements évitant ainsi l'attente à l'urgence. L'achalandage est significatif et permet de constater une réponse aux besoins des usagers qui va au-delà des objectifs fixés en début d'implantation de ce nouveau service. Depuis 18 mois, ce sont plus de 2 000 interventions réalisées et elles sont intégrées dans le continuum de services.

Clientèle ambulatoire : nutrition, réadaptation, centre de jour

Le CSSS des Basques participe de façon dynamique au projet régional SERG (service d'évaluation et de réadaptation gériatrique). En effet, ce projet vise à offrir des services de réadaptation aux personnes âgées dont la condition s'est fragilisée suite à un épisode aigu sur le plan de sa santé. Ce projet vient ainsi répondre à la difficulté de prise en charge interdisciplinaire en clinique ambulatoire et à la clientèle présentant une maladie chronique fréquentant le Centre de jour. Le MSSS a donné un appui financier à ce projet dans le cadre des projets de main-d'œuvre indépendante.

### Guichet d'accès

Le nouveau modèle développé, il y a bientôt une année, sera à consolider au cours de la prochaine année.

### Une révision du travail pour gagner en efficience

#### En stérilisation

Des travaux se sont déroulés cette année pour explorer l'approvisionnement des instruments jetables. Cette expérimentation est débutée partiellement et sera en évaluation pour se compléter en cours d'année.

#### Aux laboratoires

Le recrutement d'une ressource supplémentaire aux laboratoires permet une meilleure accessibilité no-



tamment les fins de semaine.

#### Aux prélèvements

La réorganisation des prélèvements sur tout le territoire des Basques permet de mieux desservir la population et ainsi répondre aux standards nationaux d'accessibilité en réduisant nos délais d'attente à Trois-Pistoles et à St-Jean-de-Dieu.

## AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

### Des ordonnances collectives

Le développement de plusieurs ordonnances collectives a permis aux infirmières du groupe de médecine familiale (GMF) une meilleure prise en charge et une capacité d'agir plus promptement aux besoins de la clientèle évitant ainsi des visites à l'urgence et des hospitalisations.

### Maladies chroniques

Les cibles de gestion 2013-2014 sont atteintes, et ce, pour les différentes clientèles en suivi infirmier (diabète, MCAS, MPOC, asthme). La consolidation des groupes en kinésiologie permet de démontrer le potentiel d'utiliser le groupe comme outil thérapeutique dans le suivi de la maladie chronique. Des pistes d'intervention en ce sens sont présentement explorées. La prochaine année en sera une de transition pour favoriser l'émergence d'un nouveau modèle d'intervention favorisant l'autogestion de la maladie.

### Équipe enfance jeunesse et famille

Dans un souci d'optimisation et de pérennité du programme, « Jeunes en difficulté » en raison des faibles masses critiques, le CSSS des Basques et le Centre jeunesse du Bas-St-Laurent ont déployé beaucoup d'énergie pour présenter un projet d'intégration des deux équipes afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services offerts. Une entente signée par les deux parties s'échelonne ainsi du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2016. Deux années où les 14 intervenants provenant des deux établissements travailleront de façon très étroite afin de valider certaines hypothèses permettant une meilleure synergie entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne. Le MSSS encourage ce type d'initiative d'intégration en ayant octroyé une subvention de l'ordre de 380 000 \$ dans le cadre des projets de main-d'œuvre.

### Adulte-Santé mentale

Une rencontre avec le centre d'excellence en santé mentale a permis à l'équipe du suivi intensif d'identifier de nouveaux enjeux. La priorité pour la prochaine année se concrétisera par les moyens déployés pour rejoindre la clientèle des jeunes adultes présentant une problématique de santé mentale et l'importance d'intervenir de façon proactive auprès de cette clientèle en état de vulnérabilité. De plus, des alliances avec Le Périscope sont à finaliser cette alliance vise à mettre de l'avant un continuum de services entre la communauté et les services de première ligne.

### RSIPA

Profitant de la démarche d'agrément au sein de notre organisation, nous avons eu l'opportunité de consolider la trajectoire des soins à domicile, revoir les mécanismes d'accès à l'hébergement, mettre en place et bonifier l'intervenant pivot, augmenter le nombre de plans d'intervention et de plan de services individualisés que l'on retrouve au dossier de l'usager, mettre en place le bilan comparatif du médicament (BCM) tant à l'hébergement qu'aux soins à domicile et de développer des outils permettant d'évaluer les risques de chutes, les plaies, etc.

### Consolidation de l'approche d'humanisation des soins

En vue d'offrir un milieu de vie et des soins personnalisés en CHSLD, le comité d'humanisation des soins composé de médecins, des membres des comités des usagers du CSSS des Basques et de celui de Témiscouata, des deux directrices générales, des gestionnaires intermédiaires et supérieurs en CHSLD s'est réuni à quelques reprises. Ce comité vise à faire un partage des bons coups et faire évoluer le modèle de l'approche milieu de vie.

## METTRE EN ŒUVRE UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET CONTINUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

### Agrément réussi

Le 10 janvier dernier, le Centre de santé et de services sociaux des Basques recevait une bonne nouvelle. En effet, Agrément Canada lui décernait le statut d'établissement agréé suite à la visite de cet organisme du 2 au 6 décembre 2013.

Plusieurs points forts ont été retenus par les visiteurs d'Agrément Canada notamment la force de la gouvernance en place, l'efficacité de l'urgence, les partenariats établis, la connaissance et la réponse aux besoins de la population des Basques, la propreté des lieux et des équipements, le travail en interdisciplinarité, etc.

### Des rôles et responsabilités soutenus

Le développement d'outils d'évaluation des compétences et l'actualisation des rôles et des fonctions ont permis un accompagnement beaucoup plus soutenu de notre personnel infirmier permettant ainsi une prestation plus sécuritaire et de qualité à notre population.

Dans un souci d'amélioration continue de la qualité, plusieurs pratiques ont été révisées, développées et implantées notamment le programme de prévention des chutes, le programme de prévention des plaies de pression, du bilan comparatif des médicaments et des formations sur l'hygiène des mains, les pompes à perfusion et plusieurs autres dans le cadre de la démarche d'agrément.

Dans la prochaine année, nous comptons, entre autres, poursuivre le déploiement du programme régional de rehaussement des compétences infirmières, et ce, en collaboration avec le CII; poursuivre l'intégration de la loi 90 pour chaque membre de l'équipe de soins; poursuivre la dé-

marche d'amélioration continue des processus de travail à l'urgence, en hébergement; développer et consolider les liens cliniques entre les besoins de la clientèle et les soins fournis ou à donner et poursuivre la démarche participative avec les assistantes au supérieur immédiat (ASI) en hébergement avec le comité de standardisation des pratiques.

### La gestion des risques

Dans le cadre de la gestion des risques, un tableau de bord a été développé pour assurer un suivi rigoureux des situations à risque garantissant ainsi de mettre en place des conditions gagnantes pour éviter la récurrence de ces événements.

### Une équipe médicale dynamique

Trois-Pistoles était l'hôte de la rencontre annuelle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec au Bas-St-Laurent et les médecins de l'équipe médicale des Basques étaient les conférenciers de cette journée qui touchait différents sujets d'intérêt en lien avec la pratique médicale.

### Obtention de la ceinture verte

Cette année aura permis la certification de trois (3) médecins et de quatre (4) gestionnaires.

Après une formation de 80 heures réparties sur plusieurs mois, voilà les ceintures vertes capables d'utiliser les principes du Lean Management. Ils sont désormais en mesure non seulement d'éliminer les activités sans valeur ajoutée, de générer la capacité, de faire la chasse au gaspillage et aux pertes de temps et aussi de stabiliser les processus en cours. Ils sont les porteurs de la culture d'amélioration continue de la qualité.

## ÉLABORER ET IMPLANTER UN PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Un service partagé qui a pris fin

L'optimisation visée par le déploiement des services partagés avec le CSSS de Témiscouata n'a pas donné les résultats escomptés au départ du projet en 2012. C'est pour cette raison que d'un commun accord, le CSSS des Basques et celui du Témiscouata ont mis fin à l'entente en janvier 2014. Une réorganisation s'effectue présentement et un poste de conseiller-cadre a été doté de même qu'un poste de technicienne en administration.

Dans la foulée de cette réorganisation, le service santé SST a été donné en impartition au CHUQ. Ce changement porte déjà des fruits puisque notre taux d'assurance-salaire s'améliore de période en période.

La direction des ressources humaines supporte la consolidation d'une gestion axée sur l'amélioration continue de la qualité. En effet, l'équipe est dédiée à supporter les gestionnaires, les médecins et le personnel à l'heure où la gestion du changement est omniprésente dans notre quotidien.

En collaboration avec les présidents des instances professionnelles, la politique d'appréciation du rendement et celle sur le harcèlement au travail ont été mises en place et adoptées par le conseil d'administration de l'établissement. Des audits qualité seront réalisés dans les prochains mois pour connaître le nombre d'appréciations partagées par les gestionnaires et pour dégager un constat à l'effet de la connaissance du processus à suivre en cas de harcèlement au travail.

Enfin, la direction des ressources humaines a poursuivi, pour une deuxième année consécutive, le *Salon des bons coups* mettant en exergue les valeurs organisationnelles du CSSS des Basques.

Nos perspectives pour la prochaine année trouvent une réponse dans la consolidation du volet du développement organisationnel. En ce sens, l'équipe s'engage à poursuivre le déploiement du plan de développement des ressources humaines en adoptant des politiques et procédures qui permettront de supporter les meilleures pratiques favorisant le développement des talents, la mobilisation du personnel et l'atteinte des objectifs organisationnels.

L'établissement souscrit à *Entreprise en santé* visant à intégrer les meilleures pratiques de santé globale au travail. L'obtention de la certification est prévue à l'hiver 2015.



Intégration à la profession en soins infirmiers

Une révision complète et une mise à jour des programmes d'intégration des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires ont été réalisées. Un processus de développement des compétences selon les profils pour chaque secteur d'activités a été mis en place. Ces programmes ont eu un impact favorable sur notre capacité à maintenir du personnel infirmier au sein de notre organisation.

Le CSSS des Basques participe activement au programme régional de rehaussement des compétences infirmières. Ce programme est actuellement déployé dans notre organisation. Ce programme s'adresse directement à la compétence de l'infirmière et contribue à améliorer la prise en charge de la clientèle.

#### L'équipe médicale s'agrandit

L'année 2013-2014 aura permis de voir l'arrivée de quatre nouveaux médecins. Les docteurs Élane Lavoie, Samia-Maude Chouinard et Narimane Tourèche ainsi que le docteur Mikaël Auger-Lafond. Il est à souligner que les docteurs Lavoie et Tourèche sont deux médecins issues de l'UMF de Trois-Pistoles et qu'elles y sont demeurées pour débiter leur pratique.

Toujours dans le volet de l'équipe médicale, celle-ci a procédé à la révision complète des règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que des règles d'attribution de la garde à l'urgence et des congés de grossesse.

#### Stagiaires

L'UMF de Trois-Pistoles a reçu au cours de la dernière année :

- ◆ 7 résidents pour 2 ans
- ◆ 5 résidents pour 2 mois
- ◆ 5 externes pour 6 semaines
- ◆ 4 externes pour 2 semaines
- ◆ 1 stagiaire d'été

## OPTIMISER LA GESTION DE L'INFORMATION ET MODERNISER LES SYSTÈMES D'INFORMATION

### Dossier médical électronique

Nous avons obtenu l'autorisation par l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent d'entreprendre la numérisation et la mise en place du dossier médical électronique qui s'échelonnnera sur les trois prochaines années.

### Systèmes automatisés et robotisés de médicaments (SARDM)

Nous réaliserons la finalisation du projet SARDM avec le CSSS de Rivière-du-Loup permettant une desserte en médicaments de qualité et sécuritaire de même qu'une disponibilité d'un pharmacien à raison de 24 heures par jour, et ce, 365 jours par année sur appel au CSSS de Rivière-du-Loup.



## DOTER L'ÉTABLISSEMENT D'UN PLAN DIRECTEUR CLINIQUE ET IMMOBILIER

Considérant l'exiguïté des locaux, leur désuétude, le vieillissement marqué de notre population et la révision de l'offre de soins adaptés aux personnes âgées, nous continuons nos actions pour obtenir l'aval de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent pour mettre en œuvre le plan directeur clinique et immobilier élaboré au cours de l'année 2012-2013. Des précisions sur la nouvelle offre de service aux aînés seront apportées d'ici juin 2014.

Le réaménagement de notre service des archives est l'une des priorités retenues dans la séquence de notre plan directeur clinique et immobilier. Le service des archives doit absolument être déménagé en raison d'un dégât d'eau survenu à l'hiver 2014.

## OPTIMISER LES RESSOURCES FINANCIÈRES, LES SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN

### Investissements immobilisations

L'enveloppe de maintien des actifs vise à assurer la sécurité des personnes et des biens de conservation des immeubles et des équipements sont investis dans :

<i>Bâtiments</i>	13 500 \$
<i>Mobilier et équipement</i>	53 500 \$
<i>Équipements médicaux</i>	77 600 \$
<i>Informatique</i>	34 100 \$

### Zones grises

Le dossier *Zones grises* a nécessité encore une fois des efforts soutenus pour bien répondre aux impératifs régionaux. Dans ce sens, une politique sur la salubrité et entretien de l'environnement, du matériel et de l'équipement dans les services ou de soins et services a été adoptée à l'hiver 2014 par le conseil d'administration. L'installation du logiciel PROPRE est un incontournable cette année.

De plus, le CSSS des Basques est à pied d'œuvre pour assurer les routines (GMAO, GBM et hygiène) à l'aide d'*Octopus*.

### Biomasse

Le CSSS des Basques a fait appel à la Coop fédérée pour assurer l'analyse de l'efficacité énergétique dans le cadre d'un projet de biomasse. Le conseil d'administration soutient cette initiative et entend poursuivre ces travaux cette année.

### Des mesures pour réduire les dépenses

Relativement à l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, le CSSS des Basques s'est vu confirmer en 2013-2014 une cible de l'ordre de 186 150 \$.

Diverses mesures ont été mises en place par l'établissement afin de se conformer à cette cible fixée. Voici les principales :

- ◆ Différents projets d'optimisation et d'amélioration de la performance notamment par la tenue de 5 kaizens dans le cadre de la certification ceinture verte
- ◆ Gestion rigoureuse du temps supplémentaire, et ce, pour tous les secteurs
- ◆ Non-remplacement lors d'absences ou de départs volontaires
- ◆ Etc.

## DOTER L'ÉTABLISSEMENT D'UN PLAN DE MESURES D'URGENCE

Le CSSS des Basques adhère à l'importance de posséder un plan de mesures d'urgence et de sécurité vivant et dynamique. Dans le cadre de la démarche d'agrément, nous avons revisité le matériel utilisé. Nous avons simplifié et regroupé l'information pour faire en sorte qu'il soit facile de s'y retrouver en cas d'urgence. L'utilisation de pictogrammes appuie cet objectif de simplification.

Cette année, le CSSS des Basques a procédé à un exercice d'évacuation partielle, offert une formation au personnel pour déplacer de façon sécuritaire les résidents du CHSLD et pratiquer certains codes de couleurs. Comme à son habitude, le CSSS des Basques a demandé une visite des pompiers à ses installations de Trois-Pistoles et St-Jean-de-Dieu.

De plus, le CSSS des Basques a mis à l'épreuve son plan lors de la tragédie de L'Isle-Verte. Voici comment ce drame s'est déroulé aux yeux du personnel, des gestionnaires et des médecins du CSSS des Basques.

*Le 23 janvier 2014, il est minuit trente...*

*Denis : « Marco? C'est Denis... est-ce que je te réveille »?*

*Marco : « Oui... ce n'est pas grave. Que veux-tu? »*

*Denis : « Y'a un problème à L'Isle-Verte. Je viens de recevoir un appel du 911 m'informant qu'il y a un incendie à la Résidence du Havre. »*

*Marco : « Je suis à côté. Je saute dans mes bottes et j'y vais. Je te rappelle. »*

*Marco (une fois sur les lieux) : « Denis, c'est épouvantable ce qui se passe. Le feu est incontrôlable. On a besoin de déménager les personnes âgées. »*

*Denis : « Fais-moi confiance. J'appelle Élisabeth et te reviens. » Il est 3 heures du matin...*

*Denis : « Allo? Élisabeth. J'm'excuse de te réveiller, mais y'a une urgence... à L'Isle-Verte. »*

*Élisabeth : « Quoi? »*

*Denis : « La résidence Le Havre est en feu. Marco est sur place et nous avons l'autorisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent pour procéder à la relocalisation d'une quinzaine de personnes âgées. Je n'ai pas le décompte final. Il faudrait aussi déployer des travailleurs sociaux sur le terrain. »*

*Élisabeth : « Où est-ce que je peux joindre Marco? J'appelle les ressources d'hébergement et comptabilise le nombre de places. Par la suite, j'appelle les intervenantes sociales et je te rappelle! »*

*Élisabeth : « Julie? C'est Élisabeth, oui, il y a une urgence, il y a un grand feu. Ils ont besoin de travailleurs sociaux sur le terrain. Tu peux y être en combien de temps? J'informe Marco de votre arrivée. Un grand merci de nous aider. » Julie : « Ok. J'appelle Krystel et Hélène. »*

*Il est 3 heures trente du matin... Julie Charron, Hélène Bélanger et Kristel Roy arrivent à l'École Moisson d'Art à L'Isle-Verte.*

*Élisabeth : « Marco? C'est Élisabeth. Comment vas-tu? Denis vient d'appeler. J'ai 15 places disponibles. Tu peux compter sur moi. »*

*Il est 4 heures du matin... Dr Delisle revient au CSSS pour prêter main-forte. On ne connaît pas le nombre de blessés. On se prépare à recevoir les premières personnes âgées incommodées par la fumée. C'est ainsi que s'est déroulée cette nuit du drame qui va marquer à jamais la vie d'une population. Nous avons tous suivi avec intérêt et tristesse les médias au cours des dernières semaines. Le CSSS des Basques a été interpellé dans les premières heures du drame. L'esprit de solidarité que nous connaissons s'est décuplé en quelques minutes. Je tiens à vous dire un GRAND MERCI pour le soutien que plusieurs d'entre vous ont apporté. Je sais fort bien que dans l'ombre nous avons répondu présents pour assurer le bien-être des sinistrés et je le souligne avec ma plus profonde reconnaissance. Au total, ce sont six personnes âgées qui ont reçu des soins à partir de notre urgence et qui ont été déménagées par la suite et onze autres personnes ont trouvé refuge momentanément à la Villa des Basques et au Couvent. Cinq d'entre elles ont décidé d'élire leur nouveau domicile à la Villa des Basques.*

*Le 24 janvier, c'était au tour de l'équipe de soins à domicile et de la réadaptation de répondre par l'affirmative. En peu de temps, les besoins des personnes âgées étaient évalués et une réponse appropriée était apportée.*

*Le CSSS des Basques a été l'un des maillons de cette magistrale chaîne de solidarité.*

## CONFIRMER LA FONCTION COMMUNICATION AU CSSS DES BASQUES

L'année 2013 a été marquée par la production de plusieurs stations visuelles évolutives qui servent d'outils pour le suivi de nos différents programmes. On les utilise aux postes de garde en hébergement de longue durée, lors des rencontres de personnel, dans la salle de pause et lors d'événements de sensibilisation tel celui portant sur la gestion des risques par exemple.

Quelques documents imprimés furent l'objet de mise à jour, tels le dépliant sur la responsabilisation de l'usager *Votre sécurité c'est aussi votre responsabilité*, le dépliant sur les maladies chroniques *Une équipe là pour vous aider* et les trois dépliants ciblés *Cultivons l'éthique*.

Notre implication sur la table régionale des communications a permis de participer activement à la première campagne régionale *Prévenons la transmission des infections*. Cette campagne faisait la promotion des actions à prendre pour se protéger des infections : se laver les mains, porter le masque, se faire vacciner et rester à la maison lorsque l'on présente des symptômes d'allure grippale. L'image prit la forme d'horaires des cliniques de vaccination, d'affiches géantes sur les portes d'ascenseur, d'affiches régulières et d'un portail pratique permettant de regrouper des hyperliens vers les horaires de vaccination de partout au Bas-Saint-Laurent.

Au printemps 2013, une équipe de gestionnaires a présenté l'affiche scientifique *La solution est sur le terrain* lors d'un colloque Lean à Shawinigan. Sur cette affiche, on découvrait deux objectifs principaux du CSSS des Basques : faire vivre au quotidien une culture de qualité et assurer la pérennité de l'organisation et écouter la voix du client. On y présentait la méthodologie employée, les résultats attendus et les leçons apprises. La philosophie présentée a suscité l'intérêt de plusieurs participants,

dont celui d'une délégation des HEC Montréal (Hautes Études Commerciales).

On peut affirmer que nos efforts pour mieux communiquer sont passés à un niveau qui nous a permis de rayonner par-delà la région. La fonction de communication au CSSS des Basques est maintenant bien définie, il ne reste qu'à la faire vivre et à l'améliorer.



# RAPPORT DES VÉRIFICATEURS EXTERNES

## MALLETTE

Mallette SÉCURÉ

44 rue Notre-Dame E.  
Trois-Pistoles QC G0L 4G0

Téléphone 418 851-2060  
Télécopie 418 851-3546  
Courriel info.trois.pistoles@mallette.ca

### Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du  
Centre de Santé et de Services sociaux des Basques

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats et de la variation des actifs nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux des Basques pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du 12 juin 2014.

### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

### Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Mission visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux des Basques pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux des Basques pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Amqui, Baie-Comeau, La Pocatière, Matane, Mont-Joli, Port-Carleton, Rimouski, Rivière-du-Loup, Saint-Pascal, Sept-Îles, Trois-Pistoles

# RAPPORT DES VÉRIFICATEURS EXTERNES

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclu avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

De plus, comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP3410- Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assorties de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Également, la direction a comptabilisé dans ses livres un montant à recevoir de la RAMQ de 408 586 \$ au 31 mars 2014. Nous n'avons pas pu effectuer l'audit de ce montant par les moyens usuels. Par conséquent nous n'exprimons pas d'opinion sur ce montant.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de Santé et de Services sociaux des Basques au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des actifs nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

*Mallette S.E.N.C.R.L.*

Mallette S.E.N.C.R.L.  
Société de comptables professionnels agréés

Trois-Pistoles, Canada  
Le 12 juin 2014

CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A113341

MALLETTE

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS des Basques

1104-3312

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

## ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions Agence et MSSS (Fi:P408)	1	14 042 579	14 414 718	725 447	15 140 165
Subventions Gouvernement du Canada (Fi:P294)	2		2 809		2 809
Contributions des usagers	3	1 473 145	1 392 321	XXXX	1 392 321
Ventes de services et recouvrements	4	80 124	193 296	XXXX	193 296
Donations (Fi:P294)	5		46 205		46 205
Revenus de placement (Fi:P302)	6		16 800		16 800
Revenus de type commercial	7	51 115	1 017	XXXX	1 017
Gain sur disposition (Fi:P302)	8				
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (Fi:P302)	11		730 255		730 255
TOTAL (L.01 à L.11)	12	15 646 963	16 751 216	771 652	17 522 868
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	11 483 481	11 295 948	XXXX	11 295 948
Médicaments	14	180 341	158 858	XXXX	158 858
Produits sanguins	15			XXXX	
Fournitures médicales et chirurgicales	16	503 114	467 054	XXXX	467 054
Denrées alimentaires	17	160 000	151 644	XXXX	151 644
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18		1 047 035	XXXX	1 047 035
Frais financiers (Fi:P325)	19			169 239	169 239
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	397 543	66 374	4 671	71 045
Créances douteuses	21		19 149	XXXX	19 149
Loyer	22			XXXX	
Amortissement des immobilisations (Fi:P422)	23		XXXX	597 604	597 604
Perte sur disposition d'immobilisations (Fi:P420, 421)	24		XXXX		
...	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (Fi:P325)	27	2 922 484	3 132 539	138	3 132 677
TOTAL (L.13 à L.27)	28	15 646 963	16 338 601	771 652	17 110 253
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	412 615	0	412 615

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

## ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	912 627	10 813	923 440	116 239
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	283 715		283 715	XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	1 196 342	10 813	1 207 155	116 239
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	412 615		412 615	807 201
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	6				
Transferts interfonds (préciser)	7				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX		
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 608 957	10 813	1 619 770	923 440
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	1 619 770	923 440
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	1 619 770	923 440

Notes

7

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS des Basques

1104-3312

204-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

## ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>					
Encaisse (découvert bancaire)	1	1 212 929	149 954	1 362 883	511 291
Placements temporaires	2	1 650 000		1 650 000	1 400 000
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI: p408)	3	873 456	58 873	932 329	1 471 280
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)	4	631 193	4 402	635 595	365 219
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(119 967)	119 967	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)	7	1 379 480	(250 944)	1 128 536	1 083 688
	8				
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9				
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12				
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)</b>	<b>13</b>	<b>5 627 091</b>	<b>82 252</b>	<b>5 709 343</b>	<b>4 831 478</b>
<b>PASSIFS</b>					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14		136 546	136 546	21 565
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	1 135 032		1 135 032	1 749 738
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	231 958	231 958	113 374
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		58 873	58 873	62 674
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	1 495 829	214 079	1 709 908	1 464 511
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21	XXXX	4 581 678	4 581 678	4 857 510
Passifs environnementaux (FI: p401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	1 488 763		1 488 763	1 399 450
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25		137 206	137 206	157 528
<b>TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)</b>	<b>26</b>	<b>4 119 624</b>	<b>5 360 340</b>	<b>9 479 964</b>	<b>9 826 350</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)</b>	<b>27</b>	<b>1 507 467</b>	<b>(5 278 088)</b>	<b>(3 770 621)</b>	<b>(4 994 872)</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	5 288 901	5 288 901	5 708 257
Stocks de fournitures (FE: p360)	29		XXXX		41 715
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	101 490		101 490	168 340
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)</b>	<b>31</b>	<b>101 490</b>	<b>5 288 901</b>	<b>5 390 391</b>	<b>5 918 312</b>
<b>CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT</b>	<b>32</b>		XXXX		
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)</b>	<b>33</b>	<b>1 608 957</b>	<b>10 813</b>	<b>1 619 770</b>	<b>923 440</b>

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS des Basques

1104-3312

206-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

## ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	702 572	(5 697 444)	(4 994 872)	(6 325 972)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2				
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3	283 715		283 715	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	986 287	(5 697 444)	(4 711 157)	(6 325 972)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5	412 615		412 615	807 201
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (FI-P421)	6	XXXX	(178 248)	(178 248)	(135 312)
Amortissement de l'exercice (FI-P422)	7	XXXX	597 604	597 604	639 248
(Gain)/Perte sur dispositions (FI-P208)	8	XXXX			
Produits sur dispositions (FI-P208)	9	XXXX			
Réduction de valeurs (FI-P420, 421-00)	10	XXXX			
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	XXXX	419 356	419 356	503 936
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	15		XXXX		42 051
Acquisition de frais payés d'avance	16				
Utilisation de stocks de fournitures	17	41 715	XXXX	41 715	
Utilisation de frais payés d'avance	18	66 850		66 850	(22 088)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	108 565		108 565	19 963
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20				
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	521 180	419 356	940 536	1 331 100
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	1 507 467	(5 278 088)	(3 770 621)	(4 994 872)

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS des Basques

1104-3312

208-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	412 615	807 201

## ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Créances douteuses	2	19 149	4 464
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	108 565	19 963
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5		
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8		
Amortissement des immobilisations	9	597 604	639 248
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	(46 205)	
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	679 113	663 675
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	1 793 811	245 423
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	2 885 539	1 716 299

## ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

## Immobilisations:

Acquisitions	18	(178 248)	(135 312)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(178 248)	(135 312)

## ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

## Variation des placements de portefeuille:

Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		(1 400 000)
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(44 848)	(150 354)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(44 848)	(1 550 354)

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Numéro

Note

**1. Statut et nature des opérations**

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services sociaux. Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire des Basques en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre est situé à Trois-Pistoles. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région des Basques. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

**2. Principales conventions comptables**

**Référentiel comptable**

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation #2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les revenus de transfert, assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations, ne sont pas comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints, mais uniquement lorsqu'ils ont fait l'objet d'un vote de crédit annuels par l'Assemblée nationale.

**Utilisation d'estimations**

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir- réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

**Comptabilité d'exercice**

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

### Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Les entités incluses dans son périmètre comptable sont énumérées à la note complémentaire 6.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier.

### Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu

reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

#### **Revenus provenant des usagers**

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

#### **Revenus d'intérêts**

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

#### **Autres revenus**

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

#### **Dépenses de transfert**

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

#### **Salaires**

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un encaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

#### **Charges inhérentes aux ventes de services**

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaliser les montants des revenus correspondants.

#### **Débiteurs**

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision

pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

#### **Créditeurs et autres charges à payer**

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

#### **Dettes à long terme**

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

#### **Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec**

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est à comptabiliser aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

#### **Avantages sociaux futurs**

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

#### **Régimes de retraite**

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisation déterminée est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

#### **Immobilisations**

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisés au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction,

d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon la durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Bâtiments	40 ans
Ameublement de chambre	25 ans
Autre mobilier et équipement médicaux	12 ans
Informatique et bureautique	3 ans
Mobilier et équipement administratif	5 ans
Autre mobilier et équipement	15 ans
Équipement et transport	15 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

#### Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

#### Instruments financiers devant être évalués à la juste valeur

Conformément aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur valeur, comme le veut la norme comptable.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés engendrés ainsi que les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation, sont présentés en note complémentaire s'il y a lieu.

#### Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations.

Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds en respectant les principes et particularités suivants.

**Le fonds d'exploitation :** fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

**Le fonds d'immobilisations :** fonds regroupant les activités relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces immobilisations. De plus, les dépenses non capitalisables

financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

### **Prêt interfonds**

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

### **Classification des activités**

La classification des activités d'un établissement tient compte des services que le CSSS des Basques peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de service reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Les activités accessoires de type commercial regroupant toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

### **Centre d'activités**

En complément de présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

### **Unités de mesure**

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

### **Avoir propre**

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

### **3. Modifications comptables**

#### **Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable**

La subvention à recevoir- réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations. Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	<b>2014</b>
Subventions à recevoir –immobilisations – Écart de financement	
– réforme comptable	150 354\$
Subventions – Gouvernement du Québec	150 354\$
Surplus (déficits) de l'exercice	150 354\$

#### **Présentation des données budgétaires**

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations. Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 22 avril 2013.

#### **Instruments financiers**

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'établissement sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

### **4. Informations complémentaires aux risques financiers**

L'établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La

direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

#### **Risque de crédit**

Dans le cours normal de ses activités, l'établissement effectue l'évaluation de la condition financière de ses clients sur une base continue.

#### **5. Maintien de l'équilibre budgétaire**

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement a respecté cette obligation légale.

#### **6. Entité apparentée**

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation du Réseau de Santé et des services sociaux des Basques. Cette fondation a pour principal objectif, de promouvoir et soutenir les œuvres hospitalières, scientifiques et humanitaires poursuivies par l'établissement, ainsi que de financer certains projets d'achats d'équipements préalablement autorisés par le conseil d'administration de l'établissement.

La Fondation est constituée en vertu de la Partie III de la loi sur les compagnies du Québec. Aucun équipement n'a été reçu de la Fondation pour 2013 et 2014.

#### **7. Éventualités**

Au 31 mars 2014, l'établissement avait les éventualités suivantes :

- Un litige sur le taux de rétribution des ressources est exigé par un demandeur envers le CSSS des Basques au montant de 123 784\$. Ce litige implique l'Agence et d'autres CSSS du Bas St-Laurent. Présentement, le dossier est suspendu jusqu'à ce que la Cour d'appel rende son jugement dans le dossier similaire du district de Montréal.
- Une ex-employée poursuit le CSSS des Basques dans un avis de mécontentement. Le risque encouru pour l'établissement est évalué entre 100 000\$ et 135 000\$. Pour ces deux litiges aucune provision n'est comptabilisée, car selon la direction générale, tous les coûts seront assumés par l'Agence de la Santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent.

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS des Basques

1104-3812

358-00 /

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉES

## ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	14 042 579	14 414 718	14 414 718	14 292 132
Subventions Gouvernement du Canada (C2-P290/C3-P291)	2		2 809	2 809	
Contributions des usagers (P301)	3	1 473 145	1 392 321	1 392 321	1 440 868
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	80 124	193 296	193 296	159 370
Donations (C2-P290/C3-P291)	5				
Revenus de placement (P302)	6		16 800	16 800	
Revenus de type commercial (P351)	7	51 115	XXXX	1 017	14 403
Gain sur disposition (P302)	8				
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11		56 672	673 583	724 511
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>15 646 963</b>	<b>16 076 616</b>	<b>16 751 216</b>	<b>16 631 284</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2-P320/C3-P351)	13	11 483 481	10 605 073	11 295 948	10 706 321
Médicaments (P750)	14	180 341	158 858	158 858	182 417
Produits sanguins	15		XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	503 114	467 054	467 054	485 063
Denrées alimentaires	17	160 000	151 644	151 644	159 620
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18		1 047 035	1 047 035	978 147
Frais financiers (P325)	19		XXXX		
Entretien et réparations (C2-P650 c/a 7800)	20	397 543	66 374	66 374	81 282
Créances douteuses (C2-P301)	21		19 149	19 149	4 464
Loyers	22				
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	2 922 484	3 083 569	3 132 539	2 971 445
<b>TOTAL (L.13 à L.24)</b>	<b>25</b>	<b>15 646 963</b>	<b>15 598 756</b>	<b>16 338 601</b>	<b>15 568 759</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>477 860</b>	<b>(65 245)</b>	<b>1 062 525</b>

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Contrat de location d'immeuble conclu avec la SIQ, comptabilisé à titre de contrat de location-exploitation vs location-acquisition	2013	R	Aucune car directive du MSSS			X
Transferts comptabilisés seulement lorsqu'ils font l'objet d'un vote des crédits annuels	2014	R	Aucune car directive du MSSS			X
Sommes à recevoir de la RAMQ non auditées	2014	R	Aucune			X
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Centre d'activité 6530 aide à domicile unité de mesure l'usager non audité	2014	R	Aucune			X
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</b>						
Deux contrats octroyés dérogent de la circulaire	2014	R	Aucune			X
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						

<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Contrôles au niveau des opérations fonction incompatibles	2009	O	Conscient de la problématique, l'organisation du travail ne le permet pas. Il faudrait revoir tous les postes au niveau de la comptabilité.			X
Mise-à-jour des fichiers maîtres des fournisseurs	2009	O	Autant que possible, c'est la personne à la comptabilité qui crée les fournisseurs. Toutefois depuis 2013-2014 la responsable à l'approvisionnement crée aussi des fournisseurs.		X	
Rémunération: Informations employés. Ce sont les mêmes personnes affectées au processus d'entrées de données qui ont fait le suivi sans aucune surveillance par une personne responsable.	2009	O	Aucune			X
Cycle des revenus: Contrôle de surveillance sont requis. Autorisation de la liste des dépôts directs avant la transmission à l'institution financière.	2013	O	Aucune			X
La direction devrait mettre en oeuvre des processus pour identifier les risques de fraude et pour répondre à ces risques. Le comité de vérification devrait exercer une surveillance sur ces processus.	2010	O	Aucune			X
Un plan directeur de la sécurité des actifs informationnels devrait être adopté.	2010	O	L'est depuis 2010. Plan retracé selon Simon Lévesque.	X		
Un plan de relève ou de contingence écrit et testé devrait couvrir tous les systèmes critiques informatiques.	2009	O	Un plan régional existe mais plan local non rédigé		X	
Unités de mesures: contrôles non documentés. Il y a des validations de contrôles et des pointages de soldes effectués sans qu'il n'y ait de paraphe ou de signe de vérification d'inscrit.	2012	O	Nouveau système amélioré de compilation des unités de mesures (fichier). Plus de parafes inscrites sur les documents de travail.		X	
Unités de mesures: Plusieurs rapports périodiques sont manquants	2010	O	Aucun manquant en 2013-2014	X		
Unités de mesures: Il y a des rapports périodiques qui ne sont pas approuvés qui ne sont pas approuvés par les gestionnaires.	2010	O	Mise en place d'un nouveau système d'approbation des données		X	

Des appels d'offres sont parfois complétés pour des dépenses et des montants non pertinents. (ex: papeterie)	2014	O	Réglé	X		
Compte à recevoir de 53 000\$ provisionné et dû depuis 7 ans, non radié	2014	O	Aucune			X
Pour le centre d'activité 7604 buanderie, la pesée du linge souillé était considéré comme la pesée du linge propre à la compilation ce qui faussait les unités de mesure de ce centre d'activités.	2014	O	Corrigé	X		
Le système de refacturation des salaires des médecins résidents à la RAMQ est déficient. Aucun système n'est en place actuellement afin de déterminer le montant admissible à la réclamation.	2014	O	Aucun			X

ANNEXE AU RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

Numéro

Note

**ANNEXE**  
**DÉFICIENCES IMPORTANTES DU CONTRÔLE INTERNE**  
**(autres que celles liées aux contrôles informatiques)**

**Déficiences relevées antérieurement et corrigées au cours de l'exercice**

Lors du décompte des sommes des machines distributrices, une personne supplémentaire devrait intervenir, de façon imprévue, pour s'assurer de l'intégralité des revenus.

Certaines politiques de sécurité concernant les usagers du système ont été mises en place, mais il n'y a toujours pas encore de politique écrite et formelle concernant les ex-employés. Point réglé en 2013 selon Simon Lévesque.

**Déficiences relevées antérieurement mais non corrigées au cours de l'exercice**

Nous vous avons signalé que la séparation des tâches n'était pas adéquate concernant les déboursés. Nous vous précisons que la personne qui fait la gestion des fichiers des fournisseurs prépare la liste des chèques, accompagné des factures, et les remet pour autorisation à la chef du services des ressources financières pour autorisation. Par la suite, les chèques sont remis à la directrice générale (pièces sur demande). Les chèques sont toujours postés par la personne qui les prépare. L'administratrice au compte Accès D de votre institution financière est votre technicienne à la comptabilité.

La description des systèmes des unités de mesures devrait être mise à jour annuellement pour tous les centres d'activités.

Les gestionnaires devraient signer les rapports de compilation des unités de mesure.

On devrait conserver au dossier des cadres, les changements de salaire, le calcul et les articles des règlements, pour appuyer la nouvelle rémunération ainsi que les vacances à payer et les primes de départs.

On devrait réviser et autoriser le calcul des paies pour tous les nouveaux employés.

La compilation des unités de mesure devrait être effectuée de façon plus rigoureuse.

**Nouvelles déficiences relevées au cours de l'exercice**

Les conciliations bancaires devraient être approuvées par la chef du service des ressources financières.

# RAPPORT DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Nombre total de plaintes et assistances : **23**

Durée moyenne pour la conclusion d'une plainte : **40 jours**

Nombre de plaintes transférées au médecin examinateur : **3 plaintes**

Durée moyenne pour la conclusion d'une plainte médicale : **46 jours** (1 plainte a nécessité des délais supplémentaires pour son traitement)

Principaux motifs de plaintes

- ◆ Accessibilité aux services (18 %)
- ◆ Soins et services dispensés (9 %)
- ◆ Relations interpersonnelles (9 %)
- ◆ Organisation du milieu et les ressources matérielles (36,36 %)

Sans être exhaustive, voici une liste d'objets de plainte portés à l'attention de la commissaire :

- ◆ Les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous
- ◆ L'attitude du personnel et de certains médecins
- ◆ L'entretien des lieux d'accès
- ◆ Les règles et procédures du milieu
- ◆ La politique de départ de l'urgence

Recommandations

- ◆ Revoir la politique et les procédures pour l'entretien des vêtements. Ceci a été fait avec la collaboration de la cadre concernée

- ◆ Appliquer et sensibiliser le personnel à la politique de consentement éclairé : valider la compréhension des informations reçues par le client
- ◆ Revoir l'application des normes avec le responsable des ressources intermédiaires
- ◆ Réévaluer les compétences d'un professionnel
- ◆ Planifier et procurer au personnel de l'urgence une actualisation en lien avec le triage
- ◆ Sensibiliser le personnel et un médecin à l'attitude d'accueil envers le client et sa famille, respecter le code d'éthique.



Activités de la dernière année

- ◆ Participation à trois rencontres du comité de vigilance et de la qualité
- ◆ Participation à une rencontre régionale des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services
- ◆ Collaboration étroite avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

# RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR

L'année 2013-2014 s'est caractérisée par la réception de trois plaintes de la commissaire locale aux plaintes concernant des médecins pratiquant au sein du CSSS des Basques. Toutes les trois ont été conclues dans les délais prescrits.

Le rôle du médecin examinateur est de procéder à l'examen de plaintes à l'endroit des médecins et pharmaciens oeuvrant au CSSS des Basques. Ces plaintes lui sont adressées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité.

## CONCLUSIONS DU MÉDECIN EXAMINATEUR

En 2013-2014, le médecin examinateur a voulu insister auprès des professionnels sur l'importance d'établir une bonne communication avec les patients. La plupart des plaintes proviennent de l'absence de cette condition.

# RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision des plaintes n'ayant reçu aucune demande de révision cette année, il n'a pas été nécessaire de tenir une rencontre pour le comité.

## MEMBRES DU COMITÉ

Madame Julie BOUCHER, présidente  
Docteure Céline BORDELEAU, administratrice  
Docteure Danielle CADRIN, administratrice  
Docteur Éric LAVOIE, administrateur substitut

# RAPPORT DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Le comité de vigilance et de la qualité du CSSS des Basques s'est réuni à trois occasions au cours de l'année.

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Au cours de cette année, les administrateurs ont analysé divers rapports et veillé à la (au) :

- ◆ Suivi du rapport de la visite ministérielle en CHSLD
- ◆ Suivi du tableau de bord indiquant l'état d'avancement des principales recommandations émises notamment par les instances professionnelles, les ordres professionnels, etc.
- ◆ Considération des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité et de leur suivi et formulation de commentaires
- ◆ Suivi régulier des dossiers de la gestion des risques et de la prévention et du contrôle des infections
- ◆ Rencontre avec le directeur des services professionnels concernant le dossier d'accessibilité à un médecin de famille dans la MRC des Basques
- ◆ Participation à la consultation sur la politique visant à contrer la violence et le harcèlement en milieu de travail
- ◆ Suivi de la situation quant à l'alarme déclenchée en raison de fumée présente dans l'établissement
- ◆ Présentation des audits qualité réalisés notamment sur les chutes, le bilan comparatif des médicaments, etc.
- ◆ Suivi de la démarche d'agrément par une rencontre avec les gestionnaires propriétaires d'une pratique organisationnelle requise.

## MEMBRES DU COMITÉ

Madame Nicole SIROIS, présidente

Monsieur Alain BÉLANGER, administrateur

Madame Lise BÉLANGER, administratrice

Madame Johanne CARIGNAN, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Madame Line MOISAN, directrice générale

# RAPPORT DU COMITÉ DES USAGERS

Le Comité des usagers s'est rencontré à sept reprises et a tenu son assemblée générale annuelle le 5 juin 2013.

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Le comité a investi beaucoup d'efforts cette année dans les dossiers suivants :

- ◆ Participation active à la démarche d'amélioration continue mise de l'avant par le CSSS des Basques : nous avons participé à la période préagrément, notamment lors de l'évaluation de la satisfaction des résidents au CHSLD en avril 2013. Nous avons également participé, en décembre, à une rencontre consultative avec la délégation de l'agrément ainsi qu'à la rencontre relative au bilan de la semaine
- ◆ Création du comité des résidents : nous avons collaboré à la mise sur pied du comité des résidents ainsi qu'à l'organisation de la première réunion tenue le 22 novembre 2013. Des visites ponctuelles ont également été faites par l'agent de liaison auprès des résidents pendant toute l'année pour établir un lien de confiance
- ◆ Promotion des droits et obligations des usagers : l'agent de liaison a distribué des dépliants informatifs à plusieurs reprises dans les salles d'attente. Cela a permis de faire connaître davantage le comité des usagers et d'être à l'écoute des préoccupations des usagers
- ◆ Participation à deux journées préagrément en juin et septembre : nous avons tenu une table d'information et nous avons distribué des dépliants aux usagers présents
- ◆ Participation au comité d'humanisation des soins et des services : nous avons participé à une rencontre au printemps ainsi qu'une autre à l'automne. Nous avons poursuivi la réflexion et l'élaboration de mesures concrètes visant l'humanisation des soins et des services
- ◆ Participation aux différents comités et à la démarche kaizen : les administrateurs et administratrices du comité des usagers ont participé entre autres, au comité de gestion des risques,

au kaizen-médicaments, au kaizen-prévention des chutes, au kaizen-buanderie

- ◆ Organisation d'une activité spéciale : nous avons organisé la projection vidéo du « Moi inc. » portant sur l'importance d'une attitude positive au travail et dans la vie de tous les jours. L'activité était offerte gratuitement à l'ensemble des employés du CSSS des Basques. Cinq projections furent réalisées pendant la journée et furent grandement appréciées par les personnes présentes
- ◆ Promotion des services : l'agent de liaison a réalisé deux visites auprès de résidences pour personnes âgées de Trois-Pistoles. Il a parlé directement aux résidents afin de leur faire connaître la mission du comité des usagers ainsi que ses différents mandats. Des pochettes d'information ont été remises à l'ensemble des résidents. Cette tournée de promotion va se



poursuivre dans la prochaine année puisqu'elle a été ciblée comme une priorité par les administrateurs et administratrices du comité des usagers.

## DOSSIERS À PRIORISER POUR 2014-2015

- ◆ Assurer le suivi et le maintien du comité des résidents au CHSLD de Trois-Pistoles
- ◆ Élaborer et mettre en application le plan d'action 2014-2015.

- ◆ Faire une promotion accrue de notre mission et de nos services dans l'ensemble des résidences pour personnes âgées de la MRC des Basques.

#### MEMBRES DU COMITÉ

Monsieur Jean-Pierre APRIL, président  
Madame Thérèse MORISSETTE, vice-présidente  
Madame Nicole SIROIS, secrétaire  
Madame Nicole BEAULIEU, administratrice  
Monsieur Beaudoin GAGNON, administrateur  
Madame Julette RIOUX, administratrice  
Monsieur Guillaume CÔTÉ-PHILIBERT, agent de liaison

# RAPPORT DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité de gouvernance et d'éthique du CSSS des Basques s'est réuni à quatre occasions au cours de l'année 2013-2014.

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Les administrateurs qui composent ce comité se sont penchés sur les dossiers :

- ◆ Travaux portant sur l'élaboration d'un règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique. De plus, il a procédé à la révision du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
- ◆ Évaluation de rendement de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, et ce, en collaboration avec le comité de vigilance et d'éthique et le comité des usagers
- ◆ Élaboration d'une politique sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration. Analyse des sondages réalisés auprès des membres du conseil d'administration et recommandations sur les points à améliorer
- ◆ Élaboration d'une politique de recrutement, d'accueil et de formation continue des administrateurs
- ◆ Mise en place d'une formation sur la responsabilité populationnelle
- ◆ Préparation de la rencontre avec la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- ◆ Préparation d'un audit qualité pour évaluer le fonctionnement des comités et instances professionnelles sous l'égide du conseil d'administration.

## MEMBRES DU COMITÉ

Madame Suzette OUELLET, présidente  
Madame Johanne BÉLANGER, administratrice  
Monsieur Réal MC NICOLL, administrateur

# RAPPORT DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS des Basques s'est réuni au courant de l'année 2013-2014 :

- ◆ Trois assemblées du CMDP
- ◆ Cinq assemblées du comité exécutif
- ◆ Deux assemblées du comité des titres
- ◆ Une assemblée générale annuelle

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

### Comité des titres

- ◆ Recommandation au comité exécutif de la demande de privilèges d'un médecin à titre actif pour la période du 3 mars 2014 au 31 décembre 2015
- ◆ Recommandation au comité exécutif de la demande de privilèges d'un médecin interniste à titre de membre associé pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 décembre 2015.

### Comité exécutif

- ◆ Obtention de l'établissement du statut « Agréé » suite à la visite d'Agrément Canada
- ◆ Autorisation de nomination pour un nouveau médecin
- ◆ Approbation de la recommandation du comité des titres d'octroyer des privilèges de membre actif à un médecin
- ◆ Approbation de la recommandation du comité des titres d'octroyer des privilèges de membre associé à un médecin
- ◆ Départ d'un membre actif en juin 2013
- ◆ Approbation des demandes d'horaires allégés pour 2 membres actifs
- ◆ Départ à la retraite d'un membre actif (effectif en août 2014)
- ◆ Officialisation d'un comité de révision des règlements de régie interne du CMDP

- ◆ Officialisation d'un comité de révision des règlements de vacances et autres congés du département de médecine
- ◆ Adoption de la politique sur les abréviations dangereuses pour la tenue des dossiers médicaux
- ◆ Adoption de vingt-et-une (21) ordonnances collectives
- ◆ Adoption d'un algorithme de priorisation de la clientèle orpheline
- ◆ Difficultés rencontrées pour le remplacement du personnel au laboratoire; palliation temporaire avec des changements d'horaire.

### CMDP régulier

- ◆ Adoption des règlements du CMDP
- ◆ Adoption de l'amendement des règlements de médecine générale sur les vacances et autres congés
- ◆ Réalisation de cinq (5) projets Lean, approche kaizen : maladies chroniques, chutes, distribution des vêtements, omission de médicaments et entreposage à l'urgence
- ◆ Obtention par trois (3) médecins de la certification Lean « ceinture verte »
- ◆ Fin des mandats du directeur de l'UMF et appel de candidatures actuellement en cours
- ◆ Poste d'adjointe à l'UMF également en ballottage
- ◆ Désignation des différents comités révisée

- ◆ Mise en place d'un comité de coordination (table territoriale) afin de regrouper les ressources de première ligne
- ◆ Possibilité d'accéder aux résultats des établissements-ressources (CH Rimouski et Rivière-du-Loup) grâce à Mediclinic.

#### Comité exécutif extraordinaire

- ◆ Approbation du projet SAPA
- ◆ CMDP extraordinaire
- ◆ Adoption de la proposition du projet SAPA.

#### DOSSIERS PRIORITAIRES POUR 2014-2015

Pour 2014-2015, les membres du CMDP entendent prioriser les dossiers suivants :

- ◆ Visite ministérielle du Collège des Médecins du Québec à l'automne 2014
- ◆ Signature du contrat des services de pharmacie entre les CSSS des Basques et de Rivière-du-Loup
- ◆ Implantation du dossier médical électronique
- ◆ Projet SAPA.

#### MEMBRES DE L'EXÉCUTIF ET DU COMITÉ DES TITRES

Docteure Annie BOULIANNE, présidente  
 Docteur Claude ROBILLARD, vice-président  
 Docteure Annie CHARBONNEAU, secrétaire  
 Docteur Éric LAVOIE, conseiller exécutif  
 Docteure Céline BORDELEAU, conseiller exécutif (en remplacement de Dr Jacinthe Bordeleau en congé de maternité)  
 Docteur Simon DELISLE, directeur des services professionnels  
 Madame Line MOISAN, directrice générale

#### MEMBRES RÉGULIERS DU CMDP

Docteur Michaël AUGER-LAFOND  
 Docteur Denis BEAULIEU  
 Docteure Céline BORDELEAU  
 Docteur Jacinthe BORDELEAU (congé maternité)  
 Docteure Annie BOULIANNE  
 Docteure Danielle CADRIN  
 Docteure Annie CHARBONNEAU

Docteure Samia-Maude CHOUINARD  
 Docteur Simon DELISLE  
 Docteure Élane LAVOIE (congé maternité)  
 Docteur Éric LAVOIE  
 Docteure Isabelle LEMAY  
 Docteure Lucie OUELLET  
 Docteur Claude ROBILLARD  
 Docteure Narimane TOURÉCHE

# RAPPORT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

### Groupe de médecine de famille

#### ◆ Effectifs :

- Congé de maternité d'un médecin depuis septembre 2013
- Congé de maternité d'un médecin depuis août 2013
- Retraite d'un médecin depuis avril 2014
- MAL- 12 août 2013; SMC 1<sup>er</sup> juillet; EL 19 mai 2013
- Arrivée d'un médecin en mai 2013
- Arrivée d'un médecin en juillet 2013
- Arrivée d'un médecin en août 2013
- Arrivée d'un médecin en février 2014
- Recrutement d'un médecin à venir en août 2014.

#### ◆ Effectif infirmier :

- Deux infirmières en congé de maternité ont été remplacées
- Une infirmière remplaçante a quitté
- Un poste de 2,5 jours reste à combler depuis janvier 2014.

#### ◆ Clientèle :

- Il y a eu 8 627 consultations médicales effectuées au GMF
- Notre clientèle orpheline se chiffre à environ 820 patients.

#### ◆ Chefferie :

- Dr Éric Lavoie est le médecin responsable du GMF. Dre Jacinthe Bordeleau est médecin substitut en support au chef.

#### ◆ Gestionnaires :

- La cogestion s'est effectuée avec les gestionnaires en place
- Deux gestionnaires ont fait un mandat au cours de l'année.

#### ◆ Adjointe administrative depuis octobre 2012 :

- Le GMF bénéficie des services d'une adjointe administrative stable depuis octobre 2012.

#### ◆ Plan d'action kaizen :

- Le comité d'amélioration continue pour les fonctions cléricales du GMF-UMF des Basques est en fonction. Il y a eu 15 rencontres de suivi depuis mai 2013
- Une deuxième démarche kaizen a été faite en novembre 2013. Elle concerne la révision du suivi en alternance entre médecins et infirmières pour le diabète. La rencontre de suivi a été faite en mars. La prochaine rencontre de suivi est prévue pour septembre 2014.

#### ◆ Clinique ITSS (infection transmise sexuellement et par le sang) :

- La clinique est en fonction depuis juillet 2014. Toutes les infirmières du GMF sont impliquées en plus de l'infirmière scolaire. Un algorithme de fonctionnement a été diffusé et fera l'objet d'un suivi.

#### ◆ Télémédecine :

- Le service de collaboration en dermatologie est effectif depuis septembre 2013. En moyenne, 6 patients bénéficient de ce service aux 6 semaines.

#### ◆ Agrément :

- Le GMF a collaboré au processus d'agrément du CSSS et a obtenu une mention concernant le suivi des patients en maladies chroniques.

#### ◆ Numérisation :

- Il y a un projet pilote pour la numérisation des documents du GMF depuis novembre 2013. Les médecins ciblés oeuvrent principalement au secteur sud (St-Jean-de-Dieu et St-Clément).

#### ◆ Dossier médical électronique :

- L'équipe du GMF est solidaire de la démarche régionale pour le choix d'un nouveau dossier médical électronique en remplacement du logiciel CMV (clinique médi-

cale virtuelle). La migration est prévue pour novembre 2014.

◆ Ordonnances collectives :

- Renouvellement des médicaments pour les patients orphelins : un algorithme de renouvellement a été adopté et mis en place.

Unité de médecine familiale

◆ Clientèle :

- Il y a eu 2 370 consultations médicales effectuées à l'UMF.

◆ Clientèle étudiante active :

- Il y a eu 4 nouveaux résidents pour une cohorte de 11 médecins résidents au 1<sup>er</sup> juillet 2013
- En cours d'année, un médecin a terminé sa résidence en novembre, un médecin résident du tandem Lévis-Trois-Pistoles poursuit à Lévis et un médecin résident a réorienté sa carrière
- En mai 2014, 8 résidents sont actifs à l'UMF.

◆ Diplômés : 3 graduations en 2013-2014

◆ Clientèle étudiante de passage :

- 5 résidents en stage de région d'une durée de 8 semaines
- 5 externes en stage d'une durée de 6 semaines
- 4 externes en stage d'urgence d'une durée de 2 semaines
- 1 stagiaire en médecine pendant l'été (SARROS).

◆ Gestion des stages :

- Il y a eu des modifications des grilles de stages pour 3 résidents dues à diverses circonstances (maternité, maladie, pédagogique, etc.).

◆ Nouveaux enseignants :

- 4 nouveaux enseignants sont maintenant chargés d'enseignement.

◆ Agrément :

- Il y a eu une visite d'évaluation de l'UMF par le département facultaire en avril 2014
- Il y a eu une visite de la direction de l'UMF par le directeur de programme, la directrice

de la section des UMF et la directrice de la section des régions.

◆ Recherche :

- L'UMF a collaboré à un projet de recherche.
- ◆ Il y a eu 24 réunions de l'UMF pendant l'année
- ◆ Il y a eu de nombreuses activités de formation :
  - 81 cours d'enseignement programmé
  - 27 présentations scientifiques les midis effectuées par les résidents
  - 5 dîners-conférences avec conférencier de l'extérieur
  - PALS – Il y a eu 5 participants de notre UMF et 4 de l'extérieur
  - ACLS – Il y a eu 3 participants de notre UMF et 5 de l'extérieur
  - Deux journées de formation au niveau régional organisées par l'UMF. L'une avec l'AMOBLS, l'autre avec le DRMG

◆ Planification et organisation de 126 visioconférences dont 61 pour l'UMF et 65 pour d'autres intervenants.

◆ Projets d'amélioration :

- Nous avons présenté à l'Agence un projet d'utilisation des revenus reportés UMF. Ce projet est accepté. Nous ferons ainsi une mise à niveau de la mission clinique de l'UMF et permettra aux stagiaires en médecine d'évoluer dans un contexte d'apprentissage qui rencontre les standards attendus de qualité. Ce projet nous rendra possible la consolidation de la mission de première ligne, de médecine ambulatoire et de soins à domicile de l'UMF, incluant les suivis en maladies chroniques.

Urgence

- ◆ Il y a eu 13 642 visites en cours d'année
- ◆ L'arrivée de nouveaux médecins a fait en sorte de ne plus avoir recours aux médecins dépanneurs depuis août 2013
- ◆ Le recrutement de personnel au laboratoire nous a permis d'offrir le service à nouveau les fins de semaine depuis septembre 2013
- ◆ Dr Auger-Lafond s'est impliqué comme adjoint au chef du service d'urgence et a remis en place

les simulations pour le personnel médical et infirmier

- ◆ Des travaux sont amorcés pour l'instauration d'un corridor de service pour la thrombolyse des AVC en phase aiguë avec Rivière-du-Loup
- ◆ Des pratiques de code bleu ont eu lieu pour pratiquer nos réflexes lors d'ACR hors de l'urgence dans les limites de l'établissement.

#### CHSLD

##### ◆ Effectifs :

- Un nouveau médecin a débuté dans le service en septembre 2013
- Un médecin a quitté en août 2013 pour un congé de maternité. Elle sera de retour en juillet 2014
- Deux médecins ont annoncé leur départ du service pour le 1<sup>er</sup> juillet 2014, suite à l'annonce de nouvelles recrues
- Un nouveau médecin débutera sa pratique au sein de l'équipe en juillet 2014
- Les effectifs seront au nombre de 5 à partir de juillet 2014, incluant un médecin qui fait le double de la tâche
- Après réévaluation des tâches de l'équipe en fonction du nombre de patients en CHSLD, il fut jugé que le nombre de 5 médecins (6 équivalents) est suffisant pour le fonctionnement du service.
- ◆ Nous avons accueilli régulièrement des étudiants en médecine de différents niveaux. Suite à une demande de l'Université Laval, l'exposition des médecins résidents aux soins en CHSLD sera augmentée. Les résidents feront 2 semaines de tournée en première et en deuxième année

- ◆ Quatre réunions de service d'une durée d'une heure ont eu lieu cette année. Trente minutes sont consacrées aux questions médicoadministratives et trente minutes sont réservées pour des discussions cliniques et scientifiques
- ◆ Nous avons modifié le processus de révision trimestrielle de la médication
- ◆ Nous appliquons systématiquement la procédure du bilan comparatif des médicaments à l'admission et au congé (hébergement temporaire) du patient
- ◆ Nous avons procédé à la révision des règlements du service
- ◆ Nous poursuivons systématiquement, à chaque équipe interdisciplinaire, à la révision des mesures de contentions en respect de la politique du CSSS
- ◆ Le chef du service a participé à 4 réunions avec l'équipe clinico-administrative.

#### DOSSIERS À PRIORISER EN 2014-2015

- ◆ Reconsolidation de l'équipe et redistribution de la clientèle
- ◆ Collaboration à la mise en place des ordonnances collectives approuvées en 2013 lorsque le plan de formation des infirmières établi par les gestionnaires sera en application
- ◆ Approbation des ordonnances collectives en provenance du CHRGP et élaboration de nouvelles ordonnances
- ◆ Poursuite des discussions cliniques et scientifiques dans le but du maintien des compétences
- ◆ S'assurer de mettre en place les recommandations qui seront émises par le comité d'évaluation de l'acte médical suite à l'analyse des dossiers de décès.

# RAPPORT DU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Depuis avril 2014, plusieurs changements se sont opérés au sein du CSSS des Basques. En effet, nous sommes desservis par le département de pharmacie du Centre Hospitalier du Grand Portage. Des cabinets automatisés ont fait leur entrée à l'urgence et nous bénéficions d'une livraison bi-hebdomadaire de médicaments ensachés destinés à chaque bénéficiaire admis sur les unités de soins de longue durée. Également, nous avons facilement accès au support téléphonique d'un pharmacien en service 24/7. Éventuellement, le CSSS des Basques comptera sur des services dispensés localement par un pharmacien lorsque les effectifs en place à Rivière-du-Loup le permettront.

De plus, afin d'harmoniser nos pratiques, nous nous sommes joints au comité de pharmacologie du Centre Hospitalier du Grand Portage présidé par monsieur Alain Dionne. La docteure Isabelle Lemay, représentante du CSSS des Basques, a participé jusqu'à maintenant à 3 de ces réunions. Divers protocoles et recommandations sont formulés et ceux-ci sont présentés lors de réunions du CMDP du CSSS des Basques. De plus, ces comités de pharmacologie sont l'occasion de partager certaines particularités propres au CSSS des Basques.

## MEMBRES DU COMITÉ

Docteure Isabelle LEMAY, présidente

Docteur Denis BEAULIEU, administrateur

Docteure Samia-Maude CHOUINARD, administratrice

# RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL

Les membres du comité de l'évaluation de l'acte médical se sont réunis à 10 reprises.

## RÉALISATIONS 2013-2014

### Évaluation des décès

Le comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical a notamment pour mandat obligatoire d'analyser tous les cas de décès survenus ou constatés dans l'établissement du Centre de santé et de services sociaux des Basques. Depuis 2010, l'analyse de ces dossiers avait été amorcée, mais n'avait pas été complétée. Ce grand retard s'explique par plusieurs raisons, principalement par le manque persistant d'effectifs médicaux et les contraintes d'horaire s'y rattachant (les médecins priorisant les différents systèmes de garde nécessitant une couverture continue), ainsi que par l'absence prolongée d'un(e) archiviste médical(e).

Les membres actuels du CEQAM ont donc concentré prioritairement leurs efforts et leur temps à poursuivre l'étude des dossiers de décès en établissement afin de répondre aux normes législatives. Le retard accusé antérieurement a heureusement été rattrapé afin que l'analyse des cas de décès depuis 2010 puisse faire l'objet de recommandations au CMDP.

### Analyse des cas thrombolysés

Le CSSS des Basques étant un établissement où peut être administré un traitement thrombolytique en cas d'infarctus myocardique aigu, il devrait y avoir une analyse des procédures d'administration de thrombolyse afin d'en évaluer la qualité et d'en optimiser l'efficacité. Depuis 2010, cette étude n'avait pu être faite, principalement en raison de lacunes au service des archives où les cas thrombolysés n'étaient pas adéquatement répertoriés. Le directeur des services professionnels incite le CEQAM à reprendre l'analyse des cas de thrombolyse dès que possible. Ceci devrait être fait dans les prochains mois, c'est-à-dire d'ici novembre 2014, puisque les dossiers relatifs à la dernière année sont

maintenant répertoriés et le comité a déjà révisé sa grille de collecte de données et d'analyse pour la thrombolyse.

### Analyse des polytraumatisés / « in-out » à l'urgence

Le service des urgences du CSSS des Basques fait partie du *Réseau provincial de Traumatologie* et est désigné comme centre de stabilisation primaire. Cette désignation fait en sorte que les patients traumatisés sont accueillis à l'urgence et, selon certains critères de gravité, sont redirigés rapidement (idéalement en moins de dix minutes) vers un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire, et ce, tel que demandé par le directeur des services professionnels. Les temps de passage et les interventions faites à l'urgence pendant cette courte période de stabilisation devront être évalués. Le DSP avait aussi demandé l'avis du comité pour un cas présumé traumatisé est transféré en centre spécialisé. Par contre, ce cas avec conscience altérée n'était réellement pas de cause traumatique; la discussion par le comité portait sur la sécurité et les risques durant les transferts inter-hospitaliers. Depuis 2013, une procédure a été mise en place pour détailler maximale-ment ces épisodes de soins de stabilisation prodigués par le personnel de l'urgence; les données seront donc plus faciles à analyser et à corréler avec le *Registre des Traumatismes du Québec*. Le comité se penchera ultérieurement sur l'étude des polytraumatisés lorsque les mandats prioritaires du CEQAM seront remplis.

### Projets d'évaluation de la qualité de l'acte médical

Dans le cadre des activités d'érudition des résidents de l'UMF, plusieurs travaux d'évaluation de la qualité de l'acte médical ont été menés durant l'année. Ces études étaient essentiellement rétrospectives par critères explicites et touchaient différents champs d'activité médicale au CSSS des Basques, notamment le secteur de l'urgence et les consulta-

tions en GMF. D'ailleurs, chacune était accompagnée de recommandations visant l'amélioration de la qualité de l'acte médical et elles ont été présentées au CMDP ainsi qu'à l'ensemble des médecins du CSSS des Basques. Les travaux déposés portaient sur :

- ◆ Le contrôle de l'hypertension artérielle chez les patients diabétiques de type II à l'UMF de Trois-Pistoles
- ◆ Évaluation du diagnostic et de la prise en charge des infections urinaires chez les enfants à l'urgence du CSSS des Basques
- ◆ Évaluation des premières heures de la prise en charge à l'urgence de Trois-Pistoles des patients présentant un état « septique »
- ◆ Dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen au CSSS des Basques

Un autre projet d'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel est actuellement en cours et porte sur *La prise en charge des patients consultant à l'urgence avec exacerbation de maladie pulmonaire obstructive chronique*. Cette étude sera présentée au CMDP en juin 2014.

Évaluation spécifique de la qualité de l'exercice professionnel d'un médecin

Le Collège des Médecins du Québec avait mandaté le comité d'évaluation de l'acte médical à étudier spécifiquement l'exercice professionnel d'un médecin qui travaillait au CSSS des Basques en 2013. Un sous-comité avait donc été créé afin de faire l'analyse des dossiers rédigés par le médecin en question. Ces informations ont été compilées et sont conservées seulement dans le but d'un éventuel besoin manifesté par le Collège.

# RAPPORT DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

La gestion des risques a été très animée au cours de la dernière année. Deux kaizens ont été tenus sur les sujets suivants : omission des médicaments et chutes.

Une cartographie de l'ensemble des risques tant pour l'utilisateur que le personnel a été réalisée. Un exercice dynamique où la participation de toutes les équipes a été nécessaire. De plus, dans le cadre de la démarche d'agrément, une trajectoire patient a été dessinée et toutes les priorités organisationnelles requises lors du cheminement de l'utilisateur ont été identifiées.



Nombre et type d'événements 2013-2014

Catégorie d'événements	Niveau de gravité								TOTAL
	A	B	C	D	E1	E2	F	ND	
Chutes	3	24	45	49	27	1	1	1	151
Diète	3	5							8
Effets personnels	3								3
Équipement	3	3							6
Lié à l'utilisateur	4	10							14
Matériel	7	5		1	1				14
Médicaments	33	97	43	12	1				186
Possibilité d'abus		3		2				1	6
Test diagnostique	12	7	1					1	21
Traitement	9	5	1		1				16
Autre	60	16	14	10	2			3	105
Total	137	175	104	74	32	1	1	6	530

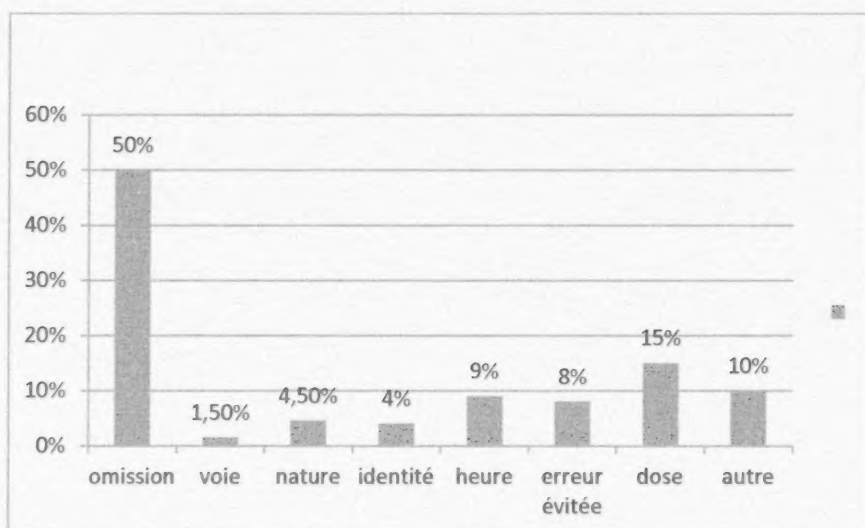


Tableau 1 : L'arrivée du SARDM dans le secteur de la pharmacie nous permet de repérer plus facilement les erreurs dans la gestion des médicaments. C'est pourquoi le CSSS des Basques enregistre une augmentation de 13 % d'erreurs liées au processus d'administration des médicaments.

**Omission** : Oubli de donner une médication

**Nature** : Mauvaise médication

**Erreur évitée** : Erreur interceptée avant l'administration

**Voie** : Mauvaise voie d'administration

**Identité** : Mauvais usager

**Dose** : Dose erronée

Pour 186 de déclarations sur 530, 35 % des déclarations totales en 2013-2014. Pour 180 de déclarations sur 797, 22 % des déclarations totales en 2012-2013. Une augmentation de 13 %.

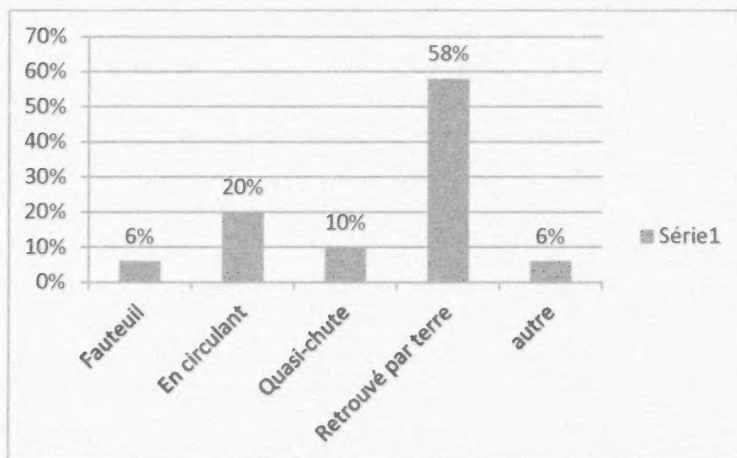


Tableau 2 La chute d'un usager est le deuxième événement le plus déclaré au CSSS des Basques. Un kaizen a été réalisé au cours de l'année et le décontentionnement s'actualise progressivement. Le CSSS des Basques affiche un taux de contention de 24 %.

**Fauteuil** : Chute d'un fauteuil

**Quasi-chute** : Usager retenu lors de sa chute

**En circulant** : Chute en circulant

**Retrouvé par terre** : Pas de témoin de la chute

Pour 150 déclarations sur 530, 28 % des déclarations totales. Pour 331 déclarations sur 797, 41 % des déclarations totales. Une diminution de 13 %.

#### Actions réalisées pour diminuer le risque de chutes

- ◆ Programme de prévention des chutes revu
- ◆ Formation sur la prévention des chutes donnée au personnel
- ◆ Kaizen sur les chutes
- ◆ Sensibilisation à des rencontres d'équipes interdisciplinaires lors d'événements récurrents ou ayant eu de graves conséquences.

#### Actions réalisées en lien avec les erreurs dans l'administration des médicaments

- ◆ AMDEC fait en hébergement
- ◆ Kaizen sur l'administration des médicaments
- ◆ Processus dans la chaîne d'un médicament à l'urgence soit de la prescription à l'administration en révision
- ◆ Implantation du BCM (bilan comparatif des médicaments)
- ◆ Sensibilisation sur le principe des 5 bons coups faite régulièrement au personnel
- ◆ Instauration du cabinet des médicaments à l'urgence.

#### MEMBRES DU COMITÉ

Madame Annie THIBAUT, présidente  
Monsieur Marco DESROSIERS, administrateur  
Docteure Danielle CADRIN, administratrice  
Madame Henriette OUELLET, administratrice  
Madame Julie CHARRON, administratrice  
Madame Nicole BEAULIEU, administratrice  
Madame Marjolaine MARTEL, administratrice

# RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le CECII a tenu quatre rencontres cette année soit le 26 juin, le 18 septembre 2013, le 19 mars et le 6 mai 2014.

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Les ordonnances collectives qui ont été approuvées par le CMDP en 2013 sont :

### *OCD-12*

Initier une mesure diagnostique : effectuer une cytologie cervicale

### *OCD-14*

Initier une mesure diagnostique : dans le but de détecter une infection ou une complication

### *OCM-04*

Ajuster le dosage d'insuline dans le cadre du suivi de la clientèle diabétique

### *OC-INF-08-2009*

Initiation d'un traitement avec la Dibucaïne pour le soulagement des hémorroïdes ou fissures anales mineures

### *OC-INF-10-2009*

Initiation d'un traitement pour le soulagement temporaire de la douleur musculaire

### *OC-INF-11-2009*

Initiation d'un traitement antiacide pour le soulagement de douleurs épigastriques causées par de l'hyperchlorhydrie (brûlement d'estomac)

### *OC-INF-13-2009*

Initiation d'un traitement de la sécheresse oculaire à l'aide de larmes artificielles

### *OC-INF-PH-01-2012*

Traitement de la constipation chez une personne adulte

### *OC-PH-02-2008*

Prescription d'un dosage de Vancomycine et ajustement des doses selon la fonction rénale et selon les dosages sériques obtenus

### *OC-PH-10-2008*

Ajuster les doses des médicaments chez les usagers adultes présentant une insuffisance rénale chronique stable.

Les principales implications du CECII au cours de l'année 2013-2014 sont :

- ◆ Présentement, nous travaillons très fort pour faire venir une intervenante en soins palliatifs qui travaille à la Maison Michel-Sarrazin pour nous donner une formation en lien avec les soins palliatifs ici au CSSS des Basques
- ◆ Implication dans le comité des présidents des instances professionnelles du CSSS des Basques. Ce comité permet de travailler avec les autres présidents des instances suivantes : CPAS, CIIA, CII, CM, CMDP
- ◆ Implication de certains membres du conseil en participant à une formation d'évaluation clinique de la personne âgée. La formation sera donnée à leurs consœurs et confrères de travail dans leurs secteurs d'activité
- ◆ Participation à une formation Lean impliquant le personnel dans la qualité des soins et dans la prise de décision de l'établissement
- ◆ Implication du CECII dans le plan d'action 2014-2015 du programme de rehaussement des compétences des infirmières :
  - Bilan comparatif des médicaments
  - Formation sur la prévention des chutes et la sécurité des usagers
  - Audits de dossier.

Les formations données aux infirmières du CSSS des Basques pour l'année 2013-2014 sont :

- ◆ Gestion des comportements agressifs et perturbateurs
- ◆ Colloque Soins urgence
- ◆ AMDEC
- ◆ Étude d'un dossier patient
- ◆ Mise à jour de différentes techniques – opiacés – contentions – chutes
- ◆ Triage – harmonisation de la pratique
- ◆ Opiacés, BCM, plaies (généralités), CADS mise à jour
- ◆ Mesures d'urgence
- ◆ Chute et sécurité des usagers.

Plan d'amélioration de l'OIIQ pour l'année 13-14

Le plan d'amélioration de l'année 13-14 comprenait les éléments suivants :

- ◆ Client présentant une plaie de pression
- ◆ Évaluation initiale de la douleur et surveillance des opiacés.

PRIORITÉS POUR 2014-2015

- ◆ L'attraction et la rétention des infirmières
- ◆ L'amélioration de la qualité des soins
- ◆ Amener une accessibilité facilitante à la formation continue
- ◆ Participer à des audits qualité.

En terminant, nous tenons à remercier l'équipe des gestionnaires et de la direction générale pour leur support et leur encouragement.

#### MEMBRES DU COMITÉ

Madame Marie-Pier GAGNON, présidente  
Madame Diane LEPAGE, vice-présidente  
Madame Mélissa DUBÉ, secrétaire  
Madame Karolyne GUICHARD, administratrice  
Monsieur Marc-André THÉRIAULT, administrateur

# RAPPORT DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires s'est réuni à l'occasion de 3 assemblées ordinaires et une assemblée générale annuelle.

## RÉALISATIONS DE L'ANNÉE

Les administratrices du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires ont participé à divers comités dont :

- ◆ Gestion des risques et prévention des infections
- ◆ Santé et sécurité au travail
- ◆ CECII
- ◆ AMDEC, circuit du médicament
- ◆ Kaizen chutes
- ◆ Kaizen médicaments

Les principales activités de la dernière année furent :

- ◆ Définition des rôles au sein du comité
- ◆ Plan d'action : continuons à travailler le plan d'action adopté à la suite de la visite de surveillance générale des infirmières et infirmiers auxiliaires du CSSS des Basques, après avoir pris connaissance de notre plan d'amélioration, le comité d'inspection professionnelle de l'OIIAQ s'est dit très satisfait des moyens proposés
- ◆ Projet-pilote commencé au deuxième étage concluant sur l'heure d'administration des médicaments
- ◆ En décembre, rencontre avec Agrément Canada
- ◆ Audits pour le port des gants lors des ponctions veineuses et des glucométries. Il a été décidé que janvier sera le mois du port des gants et sera répété chaque année
- ◆ Audits pour enregistrement sans omettre le titre professionnel à la signature
- ◆ Disposition du code de déontologie et des activités réservées sur chacun des étages, au centre de prélèvement et à l'urgence

- ◆ Audits administration des médicaments
- ◆ Processus d'orientation infirmières et infirmiers auxiliaires en CHSLD (en développement)
- ◆ Suivi des compétences des infirmières auxiliaires en période d'orientation et outil de travail (en développement) (aide-mémoire des éléments à voir lors de l'orientation)
- ◆ Discussion à venir sur document « Répartition des soins ». Dans un premier temps, distribution à l'ensemble des infirmières et infirmiers auxiliaires de : « Activités de soins entre les membres de l'équipe soignante »
- ◆ Diverses formations, dont l'hygiène des mains, la prévention des infections, la gestion des risques, la prévention des chutes, les comportements perturbateurs – Conférence régionale sur « Mieux comprendre les maladies intestinales pour mieux soigner », les soins de plaies et finalement, les opiacées, gestion de la douleur (mise à jour).

## DOSSIERS À PRIORISER 2014-2015

- ◆ Réalisation du plan d'action portant principalement sur l'heure d'administration des médicaments sur les trois étages.
- ◆ Processus d'orientation de l'infirmière et l'infirmier auxiliaire en CHSLD
- ◆ Document « Répartition des soins »
- ◆ Formation s'il y a lieu sur les activités de soins
- ◆ Rétention du personnel infirmier, infirmier auxiliaire
- ◆ Favoriser le développement des compétences professionnelles
- ◆ Administration sécuritaire des médicaments

- ◆ Prévention des chutes (sensibiliser le personnel sur son rôle pour la prévention des chutes).

#### MEMBRES DU COMITÉ

Madame Henriette OUELLET, présidente  
Madame Dany APRIL, vice-présidente  
Madame Véronique BERNIER, secrétaire  
Madame Lise LÉTOURNEAU, communications  
Madame Annie THIBAUT, conseillère-cadre en soins infirmiers

# RAPPORT DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Pour l'année 2013-2014, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire du CSSS des Basques a tenu 5 rencontres régulières au cours de la dernière année (juin, septembre, octobre, novembre et mars).

## RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Lors de nos rencontres, le comité exécutif a échangé sur différents sujets. Nous poursuivons les objectifs établis lors de la révision du plan d'action 2013-2016. Les priorités d'actions sont les suivantes :

- ◆ Obtenir une mise à jour et contribuer aux démarches de qualité
- ◆ Trouver des solutions venant soutenir la politique de formation de l'établissement afin d'accroître ou de conserver les connaissances et les compétences du personnel
- ◆ Dynamiser le conseil multidisciplinaire et augmenter son rayonnement
- ◆ Participer à l'amélioration de la confidentialité
- ◆ Créer des environnements favorables dans les ressources intermédiaires (RI).

### Participation aux différents comités :

- ◆ Comité de gestion de risques et prévention des infections
- ◆ Comité des présidents des instances professionnelles du CSSS des Basques.

Ces rencontres sont planifiées et animées par la direction générale. Celles-ci permettent aux instances professionnelles du CSSS des Basques d'échanger et de partager sur différents dossiers de qualité communs à chacun. Les principaux sujets portaient sur le processus d'agrément.

Nous avons été consultés sur différentes politiques et procédures :

- ◆ Politique du programme de reconnaissance
- ◆ Politique sur la gestion de l'appréciation du rendement partagée.

Lors de nos rencontres du comité exécutif, nous avons lu, partagé et échangé avec les différents gestionnaires du CSSS des Basques. Entre autres :

- ◆ Rencontre avec les nutritionnistes du CSSS des Basques pour échanger dans le dossier de la politique alimentaire concernant les machines distributrices

- ◆ Nos inquiétudes en lien avec les prêts

d'équipements propres/souillés dans le même local (fauteuil roulant, chaise d'aisance, marchette, etc.). La situation est réglée

- ◆ Rencontre des présidents des instances professionnelles avec les visiteurs d'Agrément Canada en décembre 2013

- ◆ Présence des membres du comité exécutif au dépôt des premières constatations de l'équipe de visiteurs d'Agrément Canada

- ◆ Le comité exécutif a été sollicité par des membres du conseil multidisciplinaire à l'effet que l'équipe Enfance-Jeunesse-Famille du CSSS des Basques et l'équipe du Centre jeunesse sont regroupées à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014

- ◆ Demande d'appui auprès des instances professionnelles du CSSS des Basques afin d'adhérer au projet d'implantation de l'approche Lean des établissements du réseau de la santé et des services sociaux - Phase-II
- ◆ Formation Lean : ceinture jaune.



## DOSSIERS À PRIORISER POUR 2014-2015

Durant la dernière année, les membres du Conseil multidisciplinaire du CSSS des Basques ont eu la possibilité de s'exprimer à travers deux dîners du conseil multidisciplinaire (le 16 avril 2013 et le 6

novembre 2013) afin qu'ils puissent exprimer leurs préoccupations et leurs inquiétudes. Les principaux points discutés sont : résultats sondage agrément et les écarts type, la politique alimentaire, la possibilité d'un cadre de référence pour la reconnaissance des RI et RTF, SERG, implication des membres, politique de formation, explication du rôle d'un conseil multidisciplinaire. Cette expérience démontre qu'il est essentiel de maintenir cette activité afin que les membres du conseil multidisciplinaire puissent partager entre eux (en moyenne 20 personnes).

Afin de connaître les pratiques organisationnelles requises (POR), un kiosque fut installé à l'entrée du CSSS des Basques le 11 juin 2013. Le conseil multidisciplinaire est invité à présenter celle sur le suicide et la trajectoire des services du CSSS des Basques. Dans un processus d'amélioration de la qualité, un audit qualité sur la pratique organisationnelle sur le suicide les 7 et 25 novembre 2013 a été pratiqué

auprès de tous les intervenants du secteur adulte santé mentale.

Un budget est octroyé par la direction générale afin d'augmenter la visibilité du conseil multidisciplinaire, d'organiser des activités en liens avec les démarches d'amélioration continue de la qualité.

Une aide financière de l'Alliance du personnel professionnel et technique (APTS) est reconduite cette année afin de profiter aux membres du conseil multidisciplinaire des prix de présence lors de l'assemblée générale annuelle.

Pendant la dernière année, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire espère avoir accompli son mandat à la suite des attentes émises par ses membres et par la direction générale. Nous sommes soucieux de la qualité des soins et des services, la continuité et l'accessibilité de la pratique professionnelle de l'ensemble de nos membres.

#### MEMBRES DU COMITÉ

Madame Hélène BÉLANGER, présidente  
Madame Anne-Marie CHAREST, vice-présidente  
Madame Julie CHARRON, secrétaire  
Madame Caroline COUILLARD, administratrice  
Madame Nadia APRIL, administratrice  
Madame Éliane LAVOIE, cadre désignée

# RAPPORT DE LA FONDATION DU RSSS DES BASQUES

Consciente de l'importance de sa mission, la Fondation du RSSS des Basques a mis sur pied, en 2013-2014, des activités de financement pour ajouter à son soutien financier à notre Centre de santé et de services sociaux.

C'est ainsi qu'en 2013 elle lançait sa première grande campagne de « Carte de membre ». À travers toute la MRC des Basques, cette campagne nous a permis d'assurer une meilleure visibilité à la Fondation et de recueillir 10 450 \$. En mai, une vente-débarras nous rapportait 1 300 \$. Ces deux nouvelles initiatives allaient ajouter aux argents recueillis lors du Tournoi de golf, des dons *in memoriam*, du café du matin au CSSS des Basques, des dons reçus par le biais du « Bulletin d'information » remis dans tous les foyers de notre territoire. La campagne « Vide-Tirelire » avec les Caisses Desjardins a aussi ajouté aux fonds déjà cumulés. Plus de 59 350 \$ ont été recueillis au cours de cette année.

Toutes ces activités ont permis à la Fondation de redistribuer 53 000 \$ dans différents services de notre CSSS : clinique des soins courants, pédiatrie de première ligne, câble pour les résidents tous les mois, lit électrique en physiothérapie, Fête de Noël pour les résidents, activités

intergénérationnelles, diminution de contention et toile de transfert, robot culinaire, meubles de jardin pour les résidents, etc.

Soyez assurés que le conseil d'administration met tout en œuvre pour voir à une gestion saine et rigoureuse des argents recueillis.

Des témoignages du personnel soignant nous prouvent bien que le soutien financier apporté par notre Fondation à notre Centre de santé et de services sociaux est d'une très grande importance pour garder chez nous des soins de qualité de première ligne.

En 2013, il y eut un comité qui a travaillé à la révision des règlements généraux et un autre à la standardisation, c'est-à-dire à la mise sur pied d'une démarche bien structurée pour la demande de financement de la part des différents services.

Malgré une belle avancée, au point de vue de la visibilité de notre Fondation, nous sommes conscients qu'il reste encore à faire et le conseil d'administration ainsi que la direction continuent leur travail en ce sens.

## MEMBRES DU COMITÉ

Madame Rachel G. MALENFANT, présidente  
Monsieur Marc-André THÉRIAULT, vice-président  
Monsieur Lorenzo BEAULIEU, administrateur  
Docteure Annie CHARBONNEAU, administratrice  
Monsieur Roland CÔTÉ, administrateur  
Monsieur Jean-Louis D'AMOURS, administrateur  
Monsieur Régis D'AMOURS, administrateur

Monsieur Alain DUMONT, administrateur  
Madame Carmen NICOLE, administratrice  
Monsieur Clément OUELLET, administrateur  
Monsieur Roger OUELLET, administrateur  
Monsieur Roger RIOUX, administrateur  
Madame Line MOISAN, administratrice  
Madame Élisabeth LAVOIE, représentante de l'établissement

# CAPITAL HUMAIN – CSSS DES BASQUES

# 36

BÉNÉVOLES

# 15

OMNIPRATICIENS DANS L'ÉQUIPE MÉDICALE

# 215

EMPLOYÉS

## ÉVOLUTION DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2014

Personnel détenteur de postes	Exercice courant	Exercice précédent	Variation
PERSONNEL-CADRE EN DATE DU 31 MARS 2013			
Temps complet, nombre de personnes <sup>1</sup>	7	9	(2)
Temps partiel, nombre de personnes <sup>1</sup>	2	2	0
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	-	-	-
PERSONNEL RÉGULIER EN DATE DU 31 MARS 2013			
Temps complet, nombre de personnes <sup>2</sup>	89	78	11
Temps partiel, nombre de personnes <sup>2</sup>	79	104	(25)
Équivalent temps complet	85	86	(1)
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	0	2	(2)
Personnel non-détenteur de postes (occasionnels)	68	68	
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	256 721	262 978	(6 257)
Équivalent temps complet <sup>3</sup>	140	143	(3)

<sup>1</sup> Note 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

<sup>2</sup> Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

<sup>3</sup> Note 3 : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

## AVANT-PROPOS

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS des Basques s'appuie sur les valeurs inscrites de l'établissement, de même que sur les obligations et devoirs précisés dans les textes de loi.

L'éthique réfère à une manière d'agir qui fait appel à la créativité, à la responsabilité et à la réflexion sur la conduite humaine ainsi que sur les valeurs qui l'alimentent. Ainsi, les pratiques administratives du conseil d'administration trouvent leur sens et leur légitimité en s'appuyant sur les valeurs inscrites au code d'éthique de l'établissement, mais également sur les valeurs de gestion : le respect, la collaboration, la coresponsabilité, la rigueur, la cohérence et l'honnêteté constituant autant de balises susceptibles de guider chaque prise de décision.

Dans cette optique, les membres du conseil d'administration du CSSS des Basques s'engagent à centrer leurs décisions et leurs actions sur la satisfaction des besoins en matière de santé et de bien-être, de l'ensemble des clientèles desservies, de même que sur une offre de services accessibles, intégrée et de qualité, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement et en conformité avec les orientations nationales et régionales.

## PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le Centre de santé et de services sociaux des Basques et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques pour garantir à la population une gestion intégrée et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la Loi sur le ministère du Conseil exécutif édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du Code civil du Québec (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DOIVENT AGIR DANS LES LIMITES DES POUVOIRS QUI LEUR SONT CONFÉRÉS, AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE COMME LE FERAIT EN PAREILLES CIRCONSTANCES UNE PERSONNE RAISONNABLE, AVEC HONNÊTÉTÉ, LOYAUTÉ ET DANS L'INTÉRÊT DE L'ÉTABLISSEMENT OU SELON LE CAS, DE L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS QU'ILS ADMINISTRENT ET DE LA POPULATION DESSERVIE.

Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux des Basques s'inscrit dans le cadre de sa mission, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des

Basques met l'emphasis sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le Centre de santé et de services sociaux des Basques est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans la planification stratégique 2010-2015 du Centre de santé et de services sociaux des Basques. Également, le Centre de santé et de services sociaux des Basques se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

## ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

### 1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques, de favoriser l'honnêteté au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques. En effet, ce Code :

- ✦ Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts
- ✦ Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts
- ✦ Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs
- ✦ Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions
- ✦ Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions

Le présent Code s'applique à tout administrateur du Centre de santé et de services sociaux des Basques. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

### 1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- ✦ Articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec, L.R.Q., c. C-1991
- ✦ Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2
- ✦ Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, L.R.Q., c. M-30

## ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

**Administrateur** : un membre du conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté.

**Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

**Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin. De plus, s'ajoute le traitement d'une situation de manquement ou d'omission d'un administrateur dont il a été saisi.

**Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

**Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16.

**Conseil d'administration** : désigne le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques.

**Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement.

**Établissement** : désigne le Centre de santé et de services sociaux des Basques.

**Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

**Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'Établissement.

**Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

**Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents.

**Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2, une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement<sup>3</sup>.

**Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif.

**Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

---

3. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

## ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

LES PRINCIPES ÉTHIQUES COMPORTENT UN CERTAIN NOMBRE D'ENGAGEMENTS RELIÉS AUX RELATIONS ENTRE LES PERSONNES, AU BON DÉROULEMENT DES RÉUNIONS ET À LA DIVULGATION DE L'INFORMATION

### **Œuvrer dans le respect de l'établissement**

L'administrateur se familiarise avec l'énoncé de la mission du Centre de santé et de services sociaux des Basques, ses objectifs, sa constitution, ses règlements et ses politiques afin de remplir les tâches associées à ses fonctions avec pleine conscience des priorités du CSSS des Basques telles qu'elles sont formulées par le conseil.

### **Œuvrer dans le respect des personnes :**

- ✦ L'administrateur agit de façon courtoise et de bonne foi de manière à préserver la confiance et la crédibilité reliées à ses fonctions
- ✦ L'administrateur reconnaît que les autres membres peuvent avoir des idées différentes
- ✦ L'administrateur s'efforce de comprendre le point de vue des autres
- ✦ L'administrateur évite toute forme de discrimination
- ✦ L'administrateur assume son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration du CSSS des Basques

### **Œuvrer avec honnêteté et intégrité :**

- ✦ L'administrateur agit avec loyauté et intégrité envers les membres du conseil d'administration
- ✦ L'administrateur s'abstient d'engager le conseil d'administration ou la direction, à moins d'y avoir été mandaté expressément
- ✦ L'administrateur accueille positivement et partage les informations permettant d'améliorer les interventions et le travail du groupe
- ✦ L'administrateur favorise les consensus et recherche les terrains d'entente
- ✦ L'administrateur assiste aux réunions du conseil d'administration et prend une part active aux discussions
- ✦ L'administrateur s'oblige à prendre position sur toute proposition lorsque le vote est requis
- ✦ L'administrateur s'implique dans les activités de formation et d'information touchant son rôle et sa fonction
- ✦ L'administrateur fait preuve d'un sens profond de solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même d'enregistrer sa dissidence sur toute décision prise par le conseil d'administration, mais par la suite, l'administrateur se fait un devoir et une obligation de tenir des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.

### **Œuvrer avec discrétion et en préservant la confidentialité :**

- ✦ L'administrateur fait preuve de rigueur et de prudence et s'assure de livrer une information pertinente et vérifiable
- ✦ L'administrateur s'abstient de communiquer des renseignements protégés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information ou d'une décision confidentielle du conseil d'administration
- ✦ L'administrateur préserve la confidentialité des débats, échanges et discussions pendant et après l'expiration de son mandat, et évite de donner des informations dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement ou constituer une atteinte à la vie privée.

## ARTICLE IV – RÈGLE DE DÉONTOLOGIE

LA DÉONTOLOGIE EST UN ENSEMBLE DE RÈGLES ET DE NORMES DE CONDUITE QUI RÉGISSENT UNE PROFESSION OU UNE FONCTION, ET DANS CE DERNIER CAS, CELLES D'ADMINISTRATEUR<sup>4</sup>

### **Disponibilité et participation active**

4. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

### **Respect**

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

### **Soins et compétences**

L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soins et compétences, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

### **Neutralité**

L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

### **Honnêteté**

L'administrateur exerce ses responsabilités avec honnêteté, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

### **Discretion et confidentialité**

L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

### **Relations publiques**

L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

### **Charge publique**

L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.

L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

### **Biens et services de l'Établissement**

L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

### **Avantages et cadeaux**

L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

### **Interventions inappropriées**

L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

## **ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS**

**5.1** L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au conseil d'administration le formulaire de l'**Annexe II** du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

## **ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS**

L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- ✦ Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration
- ✦ Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement
- ✦ Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration

◆ Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement

Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

#### ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

Au mois de septembre de chaque année, le conseil d'administration revoit la composition de ses comités.

## ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

### 8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

### 8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

- ✦ Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30)
- ✦ Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration
- ✦ Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code
- ✦ Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code
- ✦ Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations
- ✦ Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption
- ✦ Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant
- ✦ Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code
- ✦ Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code
- ✦ Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

## ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

L'Établissement rend le présent Code accessible au public sur son site WEB et le publie dans son rapport annuel.

Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

## ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

### 11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'Établissement.

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXE

(Article 8.1.2 de ce Code)

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, administrateur du conseil d'administration du Centre de  
santé et de services sociaux des Basques, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté  
par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par  
chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre de santé et  
de services sociaux des Basques.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur  
de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.  
J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai ac-  
complis dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je  
m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature  
confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai \_\_\_\_\_, pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des  
membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques et je m'engage à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'administrateur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Lieu*

\_\_\_\_\_  
*Nom du témoin*

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin*

ANNEXE

(Article 5.1 de ce Code)

II

Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration dû aux faits suivants :

*Nom de l'administrateur*

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'administrateur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Lieu*

(Article 6.4 de ce Code)

## Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, administrateur du Centre de santé et de services sociaux des Basques, déclare les intérêts suivants :  
*Nom de l'administrateur*

Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le Centre de santé et de services sociaux des Basques ou qui est susceptible de le devenir.

\_\_\_\_\_  
*Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées*

J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

\_\_\_\_\_  
*Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés*

J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

**Emploi****Employeur**

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'administrateur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Lieu*

ANNEXE

IV

(Article 6.5 de ce Code)

Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en  
regard des faits suivants : *Nom de l'administrateur*

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'administrateur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Lieu*

ANNEXE

V

(Article 6.8 de ce Code)

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, estime que l'administrateur (ou les administrateurs) suivant(s) : \_\_\_\_\_ *Nom de la personne* sont en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

---

---

---

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

\_\_\_\_\_  
*Signature de la personne*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Lieu*

ANNEXE

VI

(Article 9.5 de ce Code)

Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent code d'éthique

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

*Nom de la personne*

\_\_\_\_\_  
*Signature de la personne*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Lieu*

## ANNEXE VII – MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

### **TOUT MANQUEMENT OU OMISSION CONCERNANT UN DEVOIR OU UNE OBLIGATION PRÉVU DANS LE PRÉSENT CODE CONSTITUE UN ACTE DÉROGATOIRE ET PEUT ENTRAÎNER UNE MESURE, LE CAS ÉCHÉANT.**

Le comité de gouvernance et d'éthique agit, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

Le comité de gouvernance et d'éthique détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de gouvernance et d'éthique et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de gouvernance et d'éthique.

L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

Le comité de gouvernance et d'éthique peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

Tout membre du comité de gouvernance et d'éthique qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

Le comité de gouvernance et d'éthique doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de gouvernance et d'éthique, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

Le comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- ✦ Un état des faits reprochés
- ✦ Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé
- ✦ Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code
- ✦ Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions doit être écrite et motivée.

Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (L.R.Q., c. A-21.1).

# ANNEXES

## CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)\*

### 1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 <sup>e</sup> semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,66	0,50	132,7	ND	NA
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 <sup>e</sup> semaine de vie de l'enfant (postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	1,10	1,00	109,5	ND	NA
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 <sup>e</sup> semaine au 12 <sup>e</sup> mois de vie de l'enfant (postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,42	0,50	84,0	ND	NA
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 <sup>e</sup> au 60 <sup>e</sup> mois de vie de l'enfant (postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,07	0,25	28,0	ND	NA
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AES)	13	83,3	0,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	13	92,3	90,0	102,5	75,0	123,0
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de séro-groupe C dans les délais	13	70,2	90,0	78,0	75,0	93,5

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %  
Version de GESTRED : 2014/05/21.

\* Source : SSISS, Santé et Services sociaux : <https://sisss.rtss.qc.ca/SSISS/pilotage.udata>

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		
■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 % Version de GESTRED : 2014/05/21.						

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	279	200	139,5	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	3,85	0,00		ND	NA
■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 % Version de GESTRED : 2014/05/21.						

### CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

#### 1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	16 742	2055	814,6	ND	NA
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	13	71,21	68,00	104,7	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %  
Version de GESTRED : 2014/05/21.

### CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

#### 1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (rêpit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	8	0	0,0	11	
1.41.04.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	158	ND	NA		
1.42.04.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	14,6	ND	NA		
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITE MODEREE						
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	ND	NA		
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITE ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITE MODÉRÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %						
Version de GESTRED : 2014/05/21.						

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	11	0		11	100,0
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	46	ND	NA		
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	12,0	ND	NA		
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %  
Version de GESTRED : 2014/05/21.

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	213	0		108	197.2
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	5,74	0,00		7,00	

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Version de GESTRED : 2014/05/21.

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS	13	14	13	107.6	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Version de GESTRED : 2014/05/21.

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	9	12		18	
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	10		ND	NA
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	4,80	0,00		12,00	159,9
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 <sup>re</sup> ligne en CSSS (mission CLSC)	13	162	173	93,6	165	93,1
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %  
Version de GESTRED : 2014/05/21.

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	6,37	11,00	142,1	12,00	146,9
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	7,19	11,00	134,6	12,00	140,1
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	1,06	10,00	189,3	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %  
Version de GESTRED : 2014/05/21.

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	28	0	0,0	43	0,0
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	12,07	0,00	0,0	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %  
Version de GESTRED : 2014/05/21.

# CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DES BASQUES (1104-3312)

## 3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	10,34	6,41		ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	4,53	2,83		ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	1,87	1,30		ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Version de GESTRED : 2014/05/21.



Le rapport annuel de gestion du CSSS des Basques 2013-2014 est disponible en version électronique sur notre site web [csssdesbasques.qc.ca](http://csssdesbasques.qc.ca), section « publications ».

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

*Pour toute demande d'informations : Service des communications, 418 851-3700 poste 636*